ESTRATTO

Volume II MARZO 1930 - VIII Fascicolo II

Rivista di radiologia e fisica medica

DIRETTA DA
GIAN GIUSEPPE PALMIERI
della R. Università di Bologna

Dott. FERRUCCIO VIGI
Dott. GIOVANNI DAGNINI
Dott. GIUSEPPE MAREGGIANI

Ricerche statistiche e sistematiche sui tumori maligni osservati durante l'anno 1928

L. CAPPELLI - EDITORE - BOLOGNA

RIVISTA DI RADIOLOGIA E FISICA MEDICA

Condizioni di abbonamento per Volume:

ITALIA E COLONIE L. 80 - ESTERO L. 100

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
Direttore: Prof. G. TAROZZI

Dott. FERRUCCIO VIGI　　Dott. GIOVANNI DAGNINI
Dott. GIUSEPPE MAREGGIANI

Ricerche statistiche e sistematiche sui tumori maligni osservati durante l'anno 1928

In precedenti pubblicazioni abbiamo dato un rendiconto dei casi di tumori maligni osservati nell'Istituto di Anatomia Patologica di Bologna durante gli anni 1926 e 1927 [1]. Crediamo utile continuare questo ordine di ricerche seguendo gli stessi criterii che ci furono di guida negli scorsi anni allo scopo di vedere quale importanza abbiano le affezioni neoplastiche, come componente, rispetto alle altre cause di morte studiate nell'abbondante materiale anatomico che proviene ad un Istituto universitario dalle varie cliniche ed ospedali della città.

Altro intento è stato quello di raggruppare i tumori maligni secondo un ordinamento sistematico per apparati e ordinarli riportando per ciascun caso quelle particolarità morfologiche, cliniche o quei dati di laboratorio che fossero degni d'interesse. Stabilendo con esattezza, di anno in anno, secondo i dati forniti dall'anatomia patologica, il quantum di individui che si trovano affetti da blastomi maligni è possibile dare in un progresso di tempo una misura esatta delle variazioni numeriche dei tumori rispetto alle sedi, alle particolarità morfologiche, ai segni clinici, al decorso, ecc.

Nelle precedenti statistiche ci occupammo esclusivamente di tumori maligni; anche quest'anno seguiremo gli stessi criterii, tralasciando di descrivere le forme benigne a meno

---

[1] Vedi: Vigi, Dagnini, Pancotto - *Bullettino delle Scienze Mediche*, 1926 e 1927.

di speciali successioni morbose cui accenneremo fra poco. È stato sostenuto da alcuni Patologi che una visione completa e globale del problema dei tumori non è possibile se non considerando in pieno il capitolo «neoplasmi» cioè comprendendo nello studio le forme ad andamento benigno e quelle maligne. Per quanto sia certamente notevole l'interesse di questa ricerca noi non crediamo, per lo scopo di questa nota, che possa essere di qualche utilità allargare il campo delle indagini anche alle forme benigne: non poche difficoltà s'oppongono a separare dai veri blastomi tutti quegli accrescimenti patologici che stanno al limite dei tumori, specialmente gli errori morfologici del tipo degli amartomi, e certe iperplasie; in secondo luogo, pur senza negare tutto quanto è noto sulla cosidetta degenerazione maligna dei tumori, noi non ci siamo potuti convincere che nelle regioni anatomiche maggiormente colpite da tumore preesista alla crescita del blastoma una particolare lesione od un particolare stato documentabile con i nostri mezzi attuali. È quindi soltanto come eccezione che riporteremo nella statistica alcuni blastomi che malgrado si impongano come forme mature per la loro tessitura istologica, furono causa di morte nel portatore o per la loro sede di sviluppo o per le complicanze cui diedero luogo.

Mentre per i tumori epiteliali la suddivisione è stata fatta seguendo un criterio di anatomia topografica, per i sarcomi non è stato sempre possibile seguire detto ordinamento, sopratutto per quei tumori che al tavolo anatomico apparivano a larga sistematizzazione; se neppur ricorrendo alle notizie cliniche fu possibile ricondurre ad una sede topograficamente ben determinata le prime insorgenze del processo, abbiamo preferito classificare i sarcomi secondo la loro struttura istologica, in forme provenienti volta a volta o dalle tuniche vasali o dai connettivi o dalle linfoghiandole.

Nella tabella I sono riportate le cifre che indicano quanti decessi sono avvenuti nell'anno 1928 negli Ospedali di Bologna (totale n. 1666) distinti singolarmente per ciascun Istituto. È inoltre riferito il numero delle necroscopie che dai settori dell'Istituto di Anatomia Patologica furono praticate o nella Scuola o negli Ospedali [1].

---

[1] Le necroscopie furono praticate dai Settori dell'Istituto di Anatomia Patologica. Il presente lavoro è fatto in piena collaborazione.

TABELLA I

OSPEDALE	Decessi nel 1928	Necroscopie
Ospedale Maggiore	718	389
Ospedale di S. Orsola	519	242
di cui:		
Clinica Medica	147	128
Clinica Pediatrica	122	64
Clinica Chirurgica	91	3
Tubercolosario	77	9
Clinica Ostetrica	29	12
Istituto Patologia Chirurgica	22	8
Istituto Patologia Medica	21	16
Clinica Dermopatica	7	2
Clinica Oculistica	3	—
Ospedale del Ricovero	165	56
Manicomio Provinciale	88	1
Brefotrofio	85	17
Ospedale dei Cronici	81	56
Istituto "Rizzoli"	10	1
Totale	1666	762
Giudiziarie: Cimitero		10
Fuori Comune		8
		775

Al totale delle necroscopie eseguite negli Istituti Ospedalieri della città sono state aggiunte anche le sezioni praticate a scopo medico-legale entro o fuori comune.

Abbiamo già altra volta fatto conoscere le ragioni che impediscono di praticare il riscontro diagnostico in tutti gli individui che vengono a morte negli Istituti pubblici.

Molte delle circostanze che impediscono il riscontro diagnostico non possono venir rimosse che con una estrema difficoltà, ond'è che la percentuale dei riscontri praticati difficilmente si può portare al disopra della cifra attuale di 45,7 % che rappresenta già un aumento sul 36,9 % di riscontri diagnostici che furono praticati nel 1927.

Riguardo al numero globale dei decessi del Comune di Bologna, i

TABELLA II

Età anni	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-10	—	—	1	2,5	1	0,96
11-20	3	4,68	—	—	3	2,95
21-30	1	1,56	1	2,5	2	1,94
31-40	3	4,68	2	5,1	5	4,85
41-50	8	12,50	6	15,3	14	13,59
51-60	15	23,43	7	17,9	22	21,35
61-70	20	31,25	17	43,6	37	35,04
71-80	14	21,87	4	10,2	18	17,47
81-90	—	—	1	2,5	1	0,97
91-100	—	—	—	—	—	—
Totale	64	—	39	—	103	—

riscontri diagnostici furono praticati nel 19,8 % il che ancora rappresenta un lieve aumento sulla cifra (17,5 %) dello scorso anno.

Dei 775 cadaveri sezionati, 361 appartenevano al sesso maschile e 414 al femminile; 690 si riferivano ad individui al disopra dei 12 anni e 85 al disotto, rispettivamente con 320 maschi e 370 femmine fra i primi e 41 maschi e 44 femmine fra i secondi.

Su 775 cadaveri furono riscontrati 104 tumori maligni.

Soltanto in un caso vi fu un portatore contemporaneamente affetto da due forme neoplastiche a struttura microscopica diversa, onde ne risulta che sul totale delle necroscopie fu osservato il 13,29 % d'individui affetti da neoplasmi maligni. Considerando i casi in rapporto al sesso si hanno: 17,70 % maschi e 9,40 % femmine; un rapporto di frequenza rispetto al sesso che non ricorre negli anni precedenti in cui si ebbe: 1926 M. 11,7 %, F. 12,9 %; 1927 M. 11 %, F. 16,5 %.

Se si riferiscono queste cifre a quelle degli anni scorsi ne risulta che la percentuale del 13,29 % di individui affetti da neoplasmi osservata quest'anno, non differisce notevolmente dalle cifre degli anni scorsi, rimanendo anzi compresa fra il 12 % del 1926 ed il 13,5 % del 1927.

Nelle statistiche si suole comunemente separare i portatori di neoplasmi dell'età adulta da quelli dell'infanzia; seguendo questo criterio

SEDE	Numero dei tumori			Percentuali	Percent. per sesso, sull'organo	
	M.	F.	Totale		M.	F.
Lingua	2	—	2	1,92	100	—
Esofago	—	1	1	0,96	—	100
Stomaco	22	12	34	33,67	64,7	35,3
Duodeno	1	1	2	1,92	50	50
Intestino crasso	5	1	6	5,76	83,3	16,7
Retto	3	2	5	4,80	60	40
Pancreas	7	2	9	8,65	77,8	22,2
Fegato	2	—	2	1,92	100	—
Cistifellea e vie biliari	1	2	3	2,88	33,3	66,7
Totale apparato digerente e ghiandole annesse (1)	**43**	**21**	**64**	61,51	67,2	32,8
Testicolo	2	—	2	1,92	—	—
Utero	—	5	5	4,80	—	—
Ovaia	—	1	1	0,96	—	—
Mammella	—	5	5	4,80	—	100
Totale apparato genitale (2)	**2**	**11**	**13**	12,48	—	—
Altri apparati						
Cute	1	1	2	1,92	50	50
Occhio	1	—	1	0,96	100	—
Fosse nasali	1	—	1	0,96	100	—
Timo	—	1	1	0,96	—	100
Trachea	1	—	1	0,96	100	—
Pleura	1	—	1	0,96	100	—
Peritoneo	—	1	1	0,96	—	100
Rene	2	1	3	2,88	66,7	33,3
Vescica	1	1	2	1,92	50	50
Cervello	2	1	3	2,88	66,7	33,3
Ossa	3	—	3	2,88	100	—
Apparato linfopoietico	6	2	8	7,69	75	25
Totale altri apparati (3)	**19**	**8**	**27**			
Totale dei tumori (1)+(2)+(3)	**64**	**40** (*)	**104** (*)	—	—	—

(*) La cifra di 40 tumori maligni nelle donne e di 104 sul totale, rispetto alle cifre delle tabella precedente, è data dal fatto che una donna presentava due neoplasmi di diversa struttura ed in sedi diverse.

si hanno nel nostro materiale le seguenti percentuali: negli individui maggiori di 12 anni fu trovato il 14,76 % colpito da tumori maligni (20 % maschi e 10,5 % femmine), in quelli inferiori ai 12 anni, sul totale si ha che i neoplasmi maligni furono riscontrati al tavolo anatomico nella percentuale dell'1,1% e nelle bambine nella cifra del 2,3 %.

La tabella II conferma una nozione corrente e cioè che nella scala di frequenza dei tumori, separando i periodi della vita in decenni ve ne è uno, quello dal 7° all' 8° in cui la curva di mortalità sembra raggiungere il suo esponente più alto. Confrontando i dati delle tre annate, l'andamento delle cifre sul totale dei casi, è per la nostra regione perfettamente sovrapponibile, avendosi il massimo di frequenza fra i 61 e i 70 anni.

Se oltre le maggiori percentuali si prendono in considerazione le più basse cifre, appare dal confronto delle tabelle dei vari anni che non vi è alcuno spostamento delle cifre verso le età estreme della vita, il che in altre parole significa che sul materiale anatomico non apparirebbe alcun anticipo nell'epoca di evoluzione del tumore.

Naturalmente con questo noi non vogliamo giungere a conclusioni che abbiano un valore generale, in quanto noi disponiamo di una cifra di osservazioni relativamente esigua ed anche perchè le nostre cifre non rappresentano tassi di mortalità derivati dallo studio di un gruppo d'individui, ma percentuali su materiale anatomico; in ogni modo se si potesse parlare di variazioni nella curva di frequenza rispetto ai decenni della vita, la conclusione sarebbe permessa soltanto da confronti dopo un numero notevole di anni.

Nella tabella III l'ordinamento dei neoplasmi è fatto seguendo il criterio topografico, ed è messa in evidenza oltre il numero delle forme osservate anche la percentuale con cui i tumori colpiscono singolarmente gli individui dei due sessi.

Una cifra che subito risalta è il 33,67 % dei carcinomi dello stomaco in quanto essa non trova riscontro in alcun'altra, ma ribadisce il fatto ben noto che il tumore dello stomaco è fra tutti il primo in frequenza.

CASISTICA

Per ciascun caso oltre le iniziali del nome dell'individuo, l'età, il sesso, il luogo di nascita, la professione, il numero di verbale d'autopsia, sono ordinati i dati morfologici riguardanti ciascun tumore, la struttura istologica, la diagnosi anatomica, indi i dati clinici.

APPARATO DIGERENTE

Lingua

Caso I. - P. E., anni 54, M., Bologna, facchino, n. 1908. La massa neoplastica fa corpo con la base della lingua fissandola al pavimento orale; in pieno tessuto muscolare, nella faccia inferiore della lingua, alcuni noduli di aspetto grigiastro in parte ulcerati.

Cachessia. Atrofia bruna del cuore. Atrofia dei visceri splancnici.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma ad epitelio piatto.

Otto mesi circa prima del decesso si è iniziata la malattia con difficoltà della deglutizione e dei movimenti della lingua. Tali fenomeni si sono accentuati tanto che dopo due mesi l'infermo era nell'impossibilità di muovere la lingua. In questa epoca è comparsa una tumefazione delle ghiandole latero-cervicali di sinistra. R. W. negativa.

Diagnosi clinica. - Corrisponde all'anatomica.

Caso II. - D. A., anni 45, M., Bologna, operaio, n. 1746. Al margine destro della lingua una perdita di sostanza crateriforme a margini sottominati, sollevati a cercine. Infiltrazione neoplastica che posteriormente raggiunge il V liguale ed il pilastro anteriore omolaterale; infiltrazione delle ghiandole sottomascellari e di quelle della biforcazione bronchiale.

Broncopolmonite ab ingestis bilaterale.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma ad epitelio pavimentoso corneificante.

Mancano dati clinici. La diagnosi clinica corrisponde a quella anatomica.

Esofago

Caso III. - Z. A., anni 56, F., Bologna, casalinga, n. 1591. Al terzo inferiore (passaggio diaframmatico) una vasta ulcerazione a fondo infiltrato che si estende ad anello in basso producendo stenosi del lume.

Idrotorace bilaterale. Edema agli arti inferiori. Peritonite adesiva cronica. Miosite tipo Wagner-Unverricht.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma pavimentoso non corneificante.

Gentilizio e anamnesi remota negativi. Quattro mesi prima del decesso, malattia cutanea giudicata eczema. Un mese prima del decesso disfagia progressivamente accentuantesi.

Esame del sangue. - 2.900.000 g. r. 58 Hb. R. W. negativa.

Diagnosi clinica. - Dermatomiosite.

Stomaco

Caso IV. - B. L., anni 67, M., n. 1331. Vasto tumore ad anello completo che infiltra le pareti del canale pilorico senza stenosare il lume. Numerose metastasi sottomucose, alcune ulcerate a coppa. Metastasi nelle linfoghiandole perigastriche.

Pericardite adesiva. Aneurisma cronico del cuore in V. S. Polmonite lobare sinistra inferiore e destra superiore.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Non dati clinici. La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica.

Caso V. - Z. G., anni 61, F., Budrio, casalinga, n. 1744. In corrispondenza della piccola curva si osserva un'ulcera piuttosto larga a bordi infiltrati. Vi è un considerevole ispessimento di tutta la parete con rigidità del piloro che non sembra tuttavia raggiunto dal tumore. Non metastasi.

Laparotomia recente per gastroresezione. Edema polmonare acuto. Degenerazione grassa del fegato.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

L'inizio della malattia risale a quattro mesi avanti il decesso con dolori all'epigastrio più frequentemente notturni. Negli ultimi due mesi forte diminuzione del peso corporeo. Positiva la ricerca del sangue nelle feci.

Esame radiologico. - Difetto di riempimento della piccola curvatura.

Intervento. - Gastroresezione. La diagnosi clinica e radiologica concordano con l'anatomica.

Caso VI. - R. M., anni 64, F., Bologna, casalinga, n. 1720. Sulla piccola curvatura due perdite di sostanza riunite a formare una cifra ad 8 i cui bordi sono rilevati ed infiltrati. Anche la grande curvatura appare infiltrata. Metastasi nella testa del pancreas, nei gangli mesenterici, nel fegato e nei polmoni.

Ittero da ritenzione. Pleurite S.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Gentilizio e anamnesi personale negativi. Cinque mesi avanti il decesso, anoressia, dolori all'ipocondrio sinistro, deperimento; indi comparsa di ittero. Positiva la ricerca del sangue occulto nelle feci.

Esame del contenuto gastrico. - Assenza di acido lattico.

Esame radiologico. - Neoplasma della piccola curvatura. Diagnosi clinica e radiologica concordanti coll'anatomica.

Caso VII. - F. R., anni 62, M., Bologna, fornaciaio, n. 1432. Stomaco ridotto di volume: in corrispondenza del cardias le tonache gastriche appaiono infiltrate da un tessuto biancastro, di aspetto splendente che determina una serrata stenosi dell'orificio. Tale tessuto di neoformazione infiltra per un buon tratto la piccola curvatura. Esofago molto dilatato. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curvatura, nel fegato, nell'omento, nella faccia inferiore del diaframma, nella milza.

Cachessia. Pleurite fibro-plastica adesiva D. Atrofia bruna del cuore. Tubercolosi fibrosa dell'apice destro. Bronchite catarrale. Ascite.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Gentilizio negativo. Un anno circa avanti il decesso, dolori all'epigastrio, qualche volta vomito di sostanze alimentari. Non fumatore nè bevitore. R. W. negativa. Positiva la reazione del sangue nelle feci. La diagnosi clinica e quella radiologica concordano con l'anatomica.

Caso VIII. - F. E., anni 59, M., Malalbergo, bracciante, n. 1823. Sulla piccola curvatura, che appare tutta uniformemente infiltrata e rigida, prende impianto un nodulo della grossezza di un uovo, di forma irregolarmente rotondeggiante, molle, col centro ulcerato. Lo stomaco è di volume normale e pieno di liquido leggermente ematico. Metastasi nodulari nel fegato con imponenti fenomeni di sfacelo, nell'omento, nel mesentere e nel peritoneo.

Cachessia. Ano preternaturale. Stenosi intestinali multiple da compressione di voluminose masse neoplastiche omentali e mesenteriche.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Due mesi prima del decesso, l'infermo si presentò in Ospedale con segni di occlusione intestinale per cui venne eseguito d'urgenza un ano contro natura.

Diagnosi clinica. - Neoplasma del retto.

Caso IX. - L. R., anni 62, F., Castiglione de' Pepoli, casalinga, n. 1345. Sulla piccola curvatura una enorme (diametro 12 cm) escavazione a forma di coppa a bordi rilevati che si arresta in basso a 2 cm dal piloro, senza modificare in alcun modo il lume. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curvatura, nell'omento, nelle ghiandole dell'ilo polmonare S. e nel fegato.

Cachessia. Esiti di laparotomia esplorativa. Pleurite fibrosa S. Broncopolmonite ipostatica S.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Dati clinici mancanti. La diagnosi clinica e la radiologica concordano con l'anatomica.

Caso X. - I. L., anni 72, M., Castelmaggiore, bracciante, n. 1840. Alla regione del piloro una massa di forma irregolarmente sferica del diametro di circa 3 cm che infiltra le pareti: la superficie è liscia e non appare ulcerata. Metastasi nelle ghiandole della piccola curvatura.

Cachessia. Miocardite interstiziale cronica. Edema polmonare bilaterale. Infiltrazione grassa del fegato.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Un mese prima del decesso, dolori diffusi all'addome, vomito. R. W. negativa. La diagnosi clinica corrisponde a quella anatomica.

Caso XI. - C. A., anni 45, Conselice, casalinga, n. 1734. Stomaco fortemente ridotto di volume. La regione pilorica è infiltrata da un tessuto di neoformazione, molle, che si estende lungo la piccola curvatura senza raggiungere il cardias. La mucosa non è ulcerata. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curvatura, in quelle lombo-aortiche e dell'ilo polmonare D., nel fegato e nel polmone D.

Esteso rammollimento dei nuclei della base cerebrale di D. da embolia dell'arteria silviana. Endocardite verrucosa mitralica. Esiti di laparotomia per gastro-enteroanastomosi transmesocolica.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Anamnesi negativa. Un anno prima del decesso operata di gastro-enteroanastomosi. Transitorio benessere. Dopo nove mesi comparsa di debolezza generale, deperimento notevole. Modica bevitrice. R. W. negativa.

Intervento. - Gastro-enteroanastomosi. Le diagnosi si corrispondono.

Caso XII. - B. G., anni 71, M., Borgo Panigale, bracciante, n. 1662. Sulla piccola curvatura prende impianto una massa ovalare, di consistenza molliccia, ulcerata al centro. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curvatura e nel fegato.

Cachessia. Miocardite degenerativa. Edema polmonare.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Gentilizio negativo. Due mesi avanti il decesso, dolori all'epigastrio e senso di debolezza generale. Sangue occulto nelle feci.

Diagnosi clinica. - Ascesso polmonare.

Caso XIII. - M. E., anni 57, M., Anzola, pensionato, n. 1619. Descrizione del pezzo operatorio: in corrispondenza del piloro la mucosa forma un rilievo rotondeggiante, irregolare con margini infiltrati di consistenza dura. L'anello pilorico è pervio. Non metastasi.

Recente laparotomia mediana per resezione gastrica e gastro-enterostomia posteriore. Polmonite franca del lobo superiore D. Degenerazione grassa del fegato.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Negativo il gentilizio e l'anamnesi remota. Dieci mesi prima del decesso, senso di peso allo stomaco, specie dopo i pasti, dolori all'epigastrio. Questi sintomi

sono venuti accentuandosi con comparsa di frequenti vomiti. Modico bevitore e fumatore.

Intervento. - Gastroresezione. La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica.

Caso XIV. - B. G., anni 68, F., Gesso, casalinga, n. 1416. Impiccolimento modico dello stomaco con forte infiltrazione ed ispessimento delle pareti. Il neostoma (da gastro-enterostomia) si presenta infiltrato. Non si osservano metastasi.

Cachessia. Esiti di laparotomia per gastro-enteroanastomosi. Broncopolmonite ipostatica S. Periproctite fibrosa.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma scirroso.

In passato gastro-enterostomia, senza più esatti dati. Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.

Caso XV. - G. G., anni 60, M., Castelmaggiore, colono, n. 1367. La piccola curvatura per un tratto che va da due dita trasverse al disotto del cardias fino quasi all'anello pilorico, appare ispessita ed infiltrata da un tessuto abbastanza compatto di colorito bianco-roseo. Lo stomaco è rimpicciolito con contenuto ematico. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curva e dell'ilo polmonare, nel mesentere, nel fegato e nei polmoni.

Cachessia. Idrope-ascite. Emorragia gastrica secondaria.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Gentilizio negativo. L'inizio della malattia risale a cinque mesi avanti il decesso con dolori all' epigastrio, dapprima accessuali, poi continui, esacerbantisi dopo i pasti. Rapida diminuzione di peso, astenia.

Diagnosi clinica. - Carcinoma del retto con metastasi epatiche.

Caso XVI. - F. R., anni 78, M., Bologna, pensionato, n. 1610. Nella parte media della grande curvatura una massa di aspetto gelatinoso, molle, con centro ulcerato. Metastasi nelle linfoghiandole regionali, nel fegato, nel mesentere e nei polmoni.

Ernia diaframmatica D. Idrope-ascite. Edema polmonare.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Un mese e mezzo circa prima del decesso venne colpito da dolori addominali violentissimi e da dispnea intensa. Negli ultimi giorni, frequenti vomiti alimentari.

Ricerca del sangue nelle feci. - Negativa.

Diagnosi clinica. - Ernia diaframmatica. Miocardite.

Caso XVII. - Z. A., anni 66, M., Zola Predosa, bracciante, n. 1692. Ulcerazione di forma rotondeggiante del diametro di circa 8 cm, situata sulla piccola curvatura ed estendentesi verso la faccia anteriore dello stomaco. Piloro libero. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curva, nel fegato e nelle ghiandole della porta hepatis.

Ittero. Esiti di laparotomia mediana sopraombelicale. Aortite luetica. Broncopolmonite ipostatica D.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Anamnesi famigliare negativa. Due mesi prima del decesso, dolori all'epigastrio, conati di vomito, deperimento rapidissimo. Sangue nelle feci. Le diagnosi clinica e radiologica concordano coll'anatomica.

Caso XVIII. - F. P., anni 58, M., Monteveglio, muratore, n. 1681. Alla regione del piloro una rilevatezza ad anello molto consistente, non ulcerata, che determina stenosi dell'orificio. Lo stomaco appare notevolmente dilatato. Metastasi nelle linfoghiandole regionarie, nel fegato e nell'omento.

Cachessia. Recente laparotomia per gastro-enteroanastomosi. Bronco-polmonite ipostatica.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Anamnesi famigliare negativa. Dieci mesi prima del decesso comparvero i primi disturbi consistenti in anoressia, senso di peso allo stomaco, vomito alimentare. Indi astenia, dimagramento. La diagnosi clinica concorda coll'anatomica; così pure la radiologica.

Caso XIX. - D. A., anni 64, F., Bologna, casalinga, n. 1510. Stomaco ectasico contenente sangue raggrumato. In corrispondenza della piccola curva una massa irregolare in gran parte ulcerata che si spinge verso il piloro stenosandolo. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curva.

Anemia. Stenosi pilorica. Emorragia endogastrica.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Gentilizio e anamnesi personale negativi. Sei mesi avanti il decesso dolori all'epigastrio, frequente vomito alimentare. In seguito, deperimento. R. W. negativa. Positiva la ricerca del sangue nelle feci.

Esame del contenuto gastrico. - Acido cloridrico assente, idem l'acido lattico. Le diagnosi clinica e radiologica concordano con l'anatomica.

Caso XX. - G. V., anni 65, F., Bologna, casalinga, n. 1320. Tumore rilevato irregolare dell'orificio pilorico, stenosante il lume ed infiltrante le pareti. Gastrectasia. Metastasi lungo il legamento gastro-colico e nel fegato.

Cachessia. Pleurite fibroplastica bilaterale. Anomalia valvolare aortica per difetto. T.b.c. apicale obsoleta bilaterale. Insufficienza aortica. Aortite di Heller.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma colloide.

Nell'anamnesi remota figurano numerosi aborti. Due anni prima del decesso, qualche dolore all'epigastrio, modico senso di peso dopo i pasti. Negli ultimi mesi di vita tali disturbi si sono accentuati e comparve vomito. Rapido decadimento delle forze e del peso. Positiva la ricerca del sangue nelle feci. R. W. negativa. Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica, così pure la radiologica.

Caso XXI. - L. A., anni 61, M., Bologna, fucinatore, n. 1304. Nella regione del cardias una massa a larga base protrudente nella cavità, a forma di cavolfiore, di consistenza molle. Numerosi piccoli nodi sulla mucosa gastrica. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curva e peri-pancreatiche, nell'omento e nel fegato.

Cachessia. Ascite emorragica. Trombosi semplice della vena porta. Ateromasia dei vasi coronari.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Gentilizio e anamnesi remota negativa. Sette mesi prima del decesso, la malattia ha inizio con senso di debolezza, dolori all'epigastrio, senso di peso dopo i pasti. Dopo un mese tumefazione dell'addome. Progressivo deperimento organico ed anemia: 3.070.000 g. r., 43 Hb. Liquido di paracentesi: essudato (emorragico).

Esame radiologico. - Non segni di difetto di riempimento.

Diagnosi clinica. - Carcinoma del fegato.

Caso XXII. - C. L., anni 66, F., Calderara, n. 1838. Esiti di resezione gastrica parziale con sutura termino-laterale digiuno gastrica. Moncone gastrico ed ansa inserita indenni. Voluminose metastasi nelle linfoghiandole della piccola curva ed in quelle lomboaortiche, epatiche, peritoneali, nella surrenale S. Ascite emorragica. Segno di Troisier.

Cachessia. Cicatrice dell'apice polmonare D. con focolaio T.b.c. obsoleto.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Gentilizio e anamnesi personale remota negativi. Negli ultimi due anni di vita, sofferente per acidità gastrica accompagnata da bruciori. Progressivo deperimento. Cinque mesi prima della morte intervento operatorio: resezione gastrica. La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica.

Caso XXIII. - M. M., anni 53, M., Bologna, n. 1487. Sulla piccola curvatura una irregolare perdita di sostanza che raccorcia, deforma e fissa notevolmente questo lato dello stomaco. Normali gli orifici pilorico e cardiale, normale la capacità gastrica. Molte metastasi sottomucose sulle faccie anteriori e posteriori dello stomaco. Infiltrazione neoplastica del legamento gastro-colico, delle linfoghiandole della grande e piccola curva, delle lomboaortiche e mediastiniche; metastasi epatiche e polmonari, queste ultime a tipo linfangitico.

Denutrizione. Aracnoidite cronica. Miocardite degenerativa. Ipertrofia del lobo medio della prostata; uretrite purulenta.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Gentilizio e anamnesi remota negativi. La malattia ha inizio otto mesi avanti il decesso con dolori all'emitorace S., indi all'addome con stipsi; dopo qualche tempo anoressia assoluta per gli alimenti carnei, senso di peso allo stomaco, a volte vomito alimentare. Progressivo deperimento. Forte bevitore. R. W. negativa.

Diagnosi clinica. - Bronco-polmonite S.

Caso XXIV. - G. V., anni 68, M., Bologna, calzolaio, n. 1469. Stomaco notevolmente dilatato: alla regione pilorica le tonache gastriche appaiono uniformemente infiltrate ed aumentate di spessore in modo da determinare una serrata stenosi. La mucosa non appare in alcun punto ulcerata. Metastasi nelle linfoghiandole della regione pilorica.

Cachessia. Atrofia bruna del cuore. Broncopolmonite della base S. Atrofia semplice del fegato e dei reni.

Esame istologico del tumore. - Adeno carcinoma colloide.

Padre morto di cancro della lingua, madre di cancro della mammella. Da 12 anni, disturbi intestinali consistenti sopratutto in dolori e stitichezza; 6 mesi avanti il decesso, inappetenza, nausea, vomito dopo i pasti. Astenia, deperimento rapido. Non fumatore nè bevitore. R. W. negativa.

Esame di feci. - Positivo per il sangue occulto. La diagnosi clinica concorda con l'anatomica, così pure la radiologica.

Caso XXV. - L. G., anni 57, M., Livorno, meccanico, n. 1305. Sulla piccola curvatura una estesa escavazione a forma di coppa con fondo ricoperto da detriti necrotici grigio-verdastri limitata da margini rilevati di aspetto gelatinoso. Piloro pervio. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curvatura, nel fegato, nelle pleure.

Cachessa. Peritonite siero fibrinosa.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Inizio due mesi e mezzo avanti il decesso con dolori all'epigastrio accentuantisi dopo i pasti. Un mese circa prima della morte, aumento notevole di volume dell'addome. Rapido dimagramento. Non fumatore nè bevitore. R. W. negativa.

Esame delle feci. - Positivo per il sangue occulto.

Diagnosi clinica. - Carcinoma epatico.

Caso XXVI. - B. E., anni 54, F., Molinella, casalinga, n. 1643. Sulla piccola curvatura vasta perdita di sostanza di aspetto crateriforme, limitata da bordi molto rilevati: il fondo dell'ulcera è ricoperto da detriti necrotici grigiastri. Metastasi nelle ghiandole della piccola curvatura e nel fegato.

Cachessia. Ittero. Ascite. Periduodenite e pericolecistite fibrosa.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Gentilizio e anamnesi remota negativi. Quattro mesi avanti il decesso, inappetenza, debolezza generale, dimagramento. Negli ultimi giorni, ittero.

Esame delle feci. - Positivo per la ricerca del sangue. Diagnosi clinica ed anatomica concordanti.

Caso XXVII. - G. L., anni 70, M., Zola Predosa, bracciante, n. 1991. Sulla piccola curvatura una massa voluminosa con al centro una vasta ulcerazione a fondo necrotico. Cardias e piloro integri. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curvatura ed al fegato.

Cachessia. Edemi agli arti inferiori. Trombosi semplice della vena cava inferiore nel punto di biforcazione nelle iliache.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Due fratelli morti per neoplasia gastrica. Un anno circa avanti il decesso diminuzione delle forze, dolori all'epigastrio accentuantesi negli ultimi mesi con vomito. Anemia (2.500.000 g. r., 22 Hb.). R. W. negativa. Presente il sangue nelle feci. Diagnosi clinica e radiologica concordanti coll'anatomica.

Caso XXVIII. - S. D., anni 71, M., Vignola, spazzino, n. 1315. Sulla faccia posteriore dello stomaco un po' al disopra del piloro verso la piccola curvatura una massa irregolarmente sferica, del volume di un pugno, di consistenza molle che emerge come dal centro di una estesa ulcerazione a bordi rilevati. Una incisione sulla massa mette in evidenza imponenti fenomeni di necrosi e scarsi focolai emorragici nel tessuto neoformato. Metastasi epatiche.

Cachessia. Esiti di gastro-enteroanastomosi posteriore.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Gentilizio negativo. Tre mesi prima del decesso, inappetenza, eruttazioni amare dopo i pasti, qualche volta vomito. Rapido decadimento delle forze. Positivo l'esame del sangue nelle feci. Contenuto gastrico a reazione neutra.

Intervento. - Gastro-enteroanastomosi. La diagnosi clinica concorda con l'anatomica, così pure la radiologica.

Caso XXIX .- R. G., anni 67, M., n. 2058. Stomaco piuttosto piccolo con ispessimento delle pareti specie alla regione pilorica. La mucosa non appare ulcerata. L'orificio pilorico è molto ristretto sì da non permettere che il passaggio di una sottile sonda. Non si osservano metastasi.

Cachessia. Atrofia bruna del cuore. Atrofia del fegato e dei reni. Bronco-polmonite ipostatica delle basi.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma scirroso.

Non dati clinici. La diagnosi clinica concorda con l'anatomica.

Caso XXX. - L. G., anni 57, M., Bologna, fonditore, n. 1960. Nella piccola curvatura un'ampia ulcerazione a bordi rilevati, di aspetto gelatinoso, con fondo ricoperto da detriti necrotici. Piloro pervio. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curvatura, nel fegato e nel peritoneo.

Cachessia. Pleurite fibroplastica adesiva D. Ascite emorragica.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Gentilizio negativo. I primi disturbi gastrici consistenti in pirosi, eruttazioni acide, datano da 5 mesi. Laparotomia esplorativa 15 giorni prima della morte. Diagnosi clinica concordante con l'anatomica.

Caso XXXI. - B. S., anni 80, F., Bologna, casalinga, n. 2004. Sulla faccia posteriore dello stomaco circa a metà fra il cardias ed il piloro, una vasta escavazione limitata da bordi infiltrati che non sembrano avere limiti netti colla mucosa gastrica. Metastasi nelle linfoghiandole del mesentere e nel fegato.

Cachessia. Atrofia bruna del cuore. Broncopolmonite S.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.
Non dati clinici e anamnestici.

Diagnosi clinica. - Gastroenterite.

Caso XXXII. - M. C., anni 79, M., Bologna, pensionato, n. 1879. Nell'antro pilorico si impianta una massa molle di colorito giallo chiaro che in alto si continua con un ispessimento irregolare della parete ed in basso si arresta al limite duodenale. Diffusione per continuitatem al fegato ed alla parete addominale.
Cachessia. Atrofia bruna del cuore. T.b.c. obsoleta del polmone S.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma colloide.
Nel 1894 operato di epitelioma del labbro superiore. La malattia ha inizio un anno prima del decesso con disturbi gastrici non ben precisati e comparsa di una tumefazione alla regione epigastrica. Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.

Caso XXXIII. - M. M., anni 59, F., Bologna, casalinga, n. 1382. Stomaco rimpicciolito. In corrispondenza della piccola curva un rilievo di forma irregolare costituito da tessuto biancastro, duro, infiltrante le pareti fino quasi a raggiungere l'orificio pilorico. Metastasi ai polmoni a tipo linfangitico ed alle ovaia (Krukenberg).
Cachessia. Edema dell'arto inferiore D. Trombosi neoplastica della vena iliaca interna D.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.
Gentilizio negativo. Vomito da circa 5 mesi. La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica.

Caso XXXIV. - B. G., anni 75, M., Monterenzio, mediatore, n. 2009. Stomaco rimpicciolito a fiaschetta, con infiltrazione ed ispessimento diffuso delle pareti gastriche che in alcuni punti raggiunge cm. 2. Metastasi nel fegato.
Bronco-polmonite ipostatica. Arteriosclerosi aortica.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma scirroso.
Da un anno dimagramento, indi anoressia, stipsi e dolori alla regione epigastrica. La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica.

Caso XXXV. - P. A., anni 54, M., Bologna, muratore, n. 1427. Grande ulcerazione a bordi sollevati, duri, che occupa la grande curva e parte della faccia posteriore. Fistola gastro-colica. Molte metastasi sottosierose gastriche e coliche, del fegato, delle ghiandole, dell'ilo polmonare e dei polmoni.
Cachessia. Pleurite fibroplastica adesiva bilaterale. Atrofia bruna del cuore.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.
Gentilizio negativo. Un anno prima circa del decesso si andò stabilendo anoressia accompagnata da dolori all'epigastrio; indi lento dimagramento, diminuzione delle forze, intenso grado di anemia (1.800.000 g. r., 20 Hb.). Positiva la ricerca del sangue nelle feci. R. W. negativa. Le diagnosi clinica e radiologica concordano coll'anatomica.

Caso XXXVI. - F. C., anni 49, F., Padova, domestica, n. 1489. La porzione pilorica presenta le pareti uniformemente ispessite e trasformate in un tubo rigido anelastico. Sulla superficie mucosa una perdita di sostanza abbastanza superficiale, estesa, a margini duri. Perigastrite adesiva. Metastasi omentali, epatiche, ghiandolari e polmonari.
Cachessia. Ascite.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Gentilizio e anamnesi remota negativi. Sei mesi avanti il decesso, spiccata neusea per il cibo in modo particolare per gli alimenti carnei. Rapido dimagramento (in due mesi 32 Kg di perdita).

Esame del contenuto gastrico. - Assente l'acido lattico. Ricerca del sangue occulto nelle feci: positiva. Le diagnosi clinica e radiologica concordano con l'anatomica.

Caso XXXVII. - M. O., anni 64, M., Monghidoro, bracciante, n. 1867. Nella parete posteriore dello stomaco una vasta escavazione a bordi rilevati ed infiltrati il cui centro è perforato liberamente nel cavo peritoneale.
Pleurite fibrosa bilaterale. Aortite luetica con aneurisma dell'arco dell'aorta. Peritonite purulenta. Gangrena secca del piede D.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.
Nove mesi avanti il decesso, emissione di feci diarroiche mescolate a sangue. Frequenti dolori all'epigastrio, specie dopo l'ingestione di cibi.

Diagnosi clinica. - Gangrena del piede D. Peritonite tubercolare.

CONSIDERAZIONI SUI TUMORI DELLO STOMACO

Su 34 casi osservati, in 22 il tumore riguardava individui di sesso maschile (64,7 %) e 12 di sesso femminile (35,3 %); vi è quindi, essendo pressochè eguale il numero di necroscopie eseguite negli uomini e nelle donne, una più alta frequenza per il sesso maschile, fatto che concorda con la generalità delle statistiche e ripete quanto noi stessi abbiamo osservato negli scorsi anni.

Nel periodo che corre dai 50 ai 60 anni furono osservati 10 casi (29,4 %), in quello dai 60 ai 70 anni si ebbero 15 casi (44,1 %): nessun carcinoma gastrico prima dei 40 anni. Ci sembra degno di qualche interesse la percentuale piuttosto alta (20,5 %) di neoplasmi in individui dal 7° all'8° decennio.

Come sede, la piccola curvatura precede, in ordine di frequenza, ogni altra localizzazione neoplastica con la percentuale del 41,2 %, ferme restando le considerazioni che altra volta facemmo, e cioè che nelle manifestazioni più tarde della malattia le gettate neoplastiche possono raggiungere il canale pilorico e portarsi ad infiltrare l'orificio, oppure estendersi anteriormente o posteriormente sulle due pareti gastriche. Come punto d'inizio no abbiamo scelto quello delle più gravi alterazioni locali, e cioè l'ulcerazione, la proliferazione più voluminosa endogastrica, il più grave infiltrarsi delle tonache, ecc.

Il piloro è stato colpito nel 33,3 %, cifra del tutto corrispondente a quella dell'anno decorso; la parete posteriore nell'8,8 %, il cardias e la grande curvatura nel 5,8 %.

In due casi (5,8 %) esisteva diminuzione di volume dell'organo, per quanto non fortissima, con un aspetto che ricordava in parte quello di una fiaschetta da campo e che gli autori tedeschi descrivono nella linite carcinomatosa.

In nessun caso noi abbiamo potuto convincerci che il tumore avesse preso sviluppo dai bordi o dal fondo di una pregressa ulcera peptica;

nè raccogliendo i dati clinico-anamnestici abbiamo trovati elementi per inferire che preesistesse all'evolvere del neoplasma un processo ulcerativo dello stomaco. Soltanto in un caso sono ricordate antiche e vaghe sofferenze a carico della funzionalità dello stomaco.

Metastasi. – Soltanto nella percentuale dell'11,7 % non furono riscontrate metastasi regionali o lontane. Le più frequenti furono osservate nelle linfoghiandole perigastriche (73,5 %). In un solo caso, e cioè nella percentuale del 2,9 %, potemmo dimostrare l'infiltrazione della ghiandola epiclaveare. Si può da ciò affermare, anche richiamandoci a quanto dicemmo altra volta, essere il segno di Troisier piuttosto raro. Nel fegato si ebbero metastasi nel 70,5 % dei casi, cifra che si avvicina sensibilmente a quella data dalla maggioranza degli autori. Nel polmone nel 23,5 % dei casi. In due osservazioni esisteva una tipica invasione dei vasi linfatici del polmone: in un caso la diffusione, molto estesa in superficie, non colpiva che limitati distretti linfatici della profondità parenchimale e clinicamente non era accompagnata da dolori all'emitorace, dispnea, cianosi, ecc.: nell'altro caso invece oltre la diffusa carcinosi dei linfatici vi era una disseminazione ovarica bilaterale del tipo Krukenberg: una associazione questa che, a quanto ci risulta, non è solita accompagnare la carcinosi di Bard.

Seguono per ordine di frequenza le metastasi nel peritoneo e nell'omento (20,5 %); nelle linfoghiandole dell'ilo polmonare (11,7 %), nella milza, ovaia, pleura, surrenali, pancreas, parete dell'addome (2,9 %) come risulta dall'annessa tabella:

SEDE	Frequenza	SEDE	Frequenza
Linfoghiandole perigastriche	73,5 %	Milza	2,9 %
Fegato	70,5 %	Ovaia	2,9 %
Polmone	23,5 %	Pleura	2,9 %
Peritoneo e Omento . . .	20,5 %	Surrenali	2,9 %
Ghiandole dell' ilo polmonare	11,7 %	Pancreas	2,9 %
		Parete addome	2,9 %

Seguendo la classificazione istologica dettata dal BORRMANN, si hanno:

Adeno-carcinomi: n. 17 (50 %) di cui 2 a varietà colloide, 1 a varietà scirrosa.

Carcinoma alveolare solido semplice: n. 17 (50 %) di cui 1 a varietà colloide, 2 a varietà scirrosa.

Non osservammo alcuna forma di carcinoma polimorfo nè carcinoma misto secondo Borrmann, nè le forme rare, cioè cancroidi, cancrosarcomi, ecc.

Complicanze. – In due casi (n. 15 e 19), una emorragia endogastrica cospicua fu l'epifenomeno che chiuse il ciclo della malattia. Nel caso n. 37 osservammo la rottura dello stomaco nel cavo peritoneale con conseguente peritonite purulenta. In un caso, in cui esisteva un grave disturbo dello scarico venoso degli arti inferiori caratterizzato da edemi intensi, si trovò la vena cava inferiore completamente occlusa da un trombo semplice.

Decorso. – Se per inizio del processo si intende lo stabilirsi di qualcuno almeno dei sintomi obbiettivi che sono comunemente noti nel carcinoma dello stomaco e cioè decadimento delle forze, progressiva anemia e sofferenze gastriche di ordine vario, noi dobbiamo far rilevare che nella percentuale del 26,4 % l'inizio precedette di poco tempo l'obitus: e precisamente in ben 6 casi (17,4 %) i primi disturbi a carico dello stomaco, consistenti in dolori diffusi all'epigastrio, cominciarono da un mese a due mesi prima della morte senza che nell'anamnesi remota ricorresse alcun altro fenomeno. In tutti questi casi gli infermi giunsero in ospedale in condizioni estremamente gravi, sì che non fu mai possibile un intervento radicale chirurgico, e la morte avvenne quasi acutamente per la rapidissima diffusione assunta dal neoplasma.

In due casi (5,8 %) le prime sofferenze risalivano a 4 mesi prima della morte, in 7 casi (20,5 %) a 5 o 6 mesi.

Il decorso di tutte queste forme, ed in modo particolare delle prime, risulta straordinariamente più rapido di quello che normalmente si ammetta: con questo noi non possiamo affermare che esista nella nostra regione un decorso della malattia diverso da quello ordinariamente noto, ma il fatto che si ripete nel susseguirsi degli anni ci induce a far rilevare il reperto nella sua obbiettività. Non possiamo tuttavia tacere che nella quasi totalità delle osservazioni si tratta di individui delle condizioni sociali più disagiate, abituati alle fatiche ed alle sofferenze e, probabilmente, se non osservatori trascurati della propria salute, certo capaci di sopportare, senza attribuirvi eccessiva importanza, i disturbi fisici fino a che non assurgano ad una speciale gravità. Figurano infatti fra questi individui per quasi la metà lavoratori giornalieri provenienti dalla campagna. Scorrendo le storie cliniche singolarmente, per ciascun caso noi non abbiamo mai potuto stabilire la preesistenza all'evento neoplastico di disturbi a carico dello stomaco, sia pur essi molto remoti, o del tipo di quelli che sono classici nei processi ulcerativi. Una riserva si potrebbe fare soltanto per il caso n. 22 in cui la malata, una donna di 66 anni, soffriva già da due anni di iperacidità gastrica, pirosi, ecc.

Nessuna affermazione possiamo fare sulla *ereditarietà* dei tumori: in un caso due fratelli morirono di cancro dello stomaco ed in un altro i genitori erano morti per tumori maligni.

Degli interventi chirurgici tentati ci basta accennare che in due casi fu fatta una laparotomia esplorativa ed in uno un ano contro natura per ovviare al ristagno intestinale per voluminose metastasi addominali che comprimevano il sigma. Nella percentuale dell'11,71% fu eseguita la gastroenterostomia: in tre casi (8,8 %) la resezione gastrica con questo risultato: in due di essi si ebbe morte alla distanza di pochi giorni per complicanze polmonari; l'altro sopravvisse all'intervento cinque mesi e morì per diffuse metastasi del neoplasma.

Come abbiamo già fatto osservare in altra occasione questa esigua percentuale di interventi chirurgici nei carcinomatosi è ben lungi dal rappresentare il numero effettivo di interventi eseguiti per affezioni neoplastiche dello stomaco; non potendo noi raccogliere tutte le statistiche chirurgiche dei vari ospedali di Bologna non possiamo dare una cifra esatta degli interventi chirurgichi effettivamente praticati.

Gli esami radiologici furono praticati nel 41,1% dei casi e la diagnosi posta concordò pienamente con l'anatomica nel 92,3 %.

Ci preme far rilevare tale altissima percentuale che dimostra quale importanza abbia nella diagnostica delle affezioni del tubo digerente l'indagine radiologica. In un solo caso le alterazioni a carico dello stomaco non vennero rilevate dal radiologo: si trattava di un carcinoma della regione del cardias, non determinante stenosi dell'orificio, che formava un rilievo appiattito a larga base entro la cavità dello stomaco.

Quanto egli esami di laboratorio rileveremo come la ricerca del sangue occulto nelle feci, eseguita nel 44,1 % dei casi, diede esito positivo nel 93,3 %. Soltanto nella percentuale del 12,7 % abbiamo notizie che sia stato ricercato l'acido lattico nel contenuto gastrico e sempre con esito negativo.

Duodeno

Caso XXXVIII. - F. A., anni 54, M., Bologna, operaio, n. 1774. Dalle tonache esterne della faccia posteriore del duodeno (2ª-3ª porzione) si origina una massa sferica della grossezza di una testa di feto, di consistenza piuttosto molle, che sulla sezione appare di colorito roseo, senza zone di sfacelo, con scarse variegature emorragiche. L'apertura del duodeno non mette in evidenza nulla di notevole. Mucosa normale senza fenomeni ulcerativi. Stomaco dilatato. Metastasi nel fegato.

Anemia. Degenerazione grassa del cuore.

Esame istologico del tumore. - Sarcoma fusocellulare.

Un anno e mezzo prima del decesso il P. era sofferente di bruciori allo stomaco; frequenti vomiti, ematemesi; fu operato di gastro-enterostomia. Remissione parziale della sindrome gastrica. Pochi giorni prima del decesso, ricoverato d'urgenza in Ospedale per vomiti ripetuti in condizioni gravissime per profonda anemia. Emoglobina 18 (al Fleischl).

Diagnosi clinica. - Cancro dello stomaco.

Caso XXXIX. - C. D., anni 67, F., Viterbo, casalinga, n. 1882. Nel duodeno, in corrispondenza della papilla di Vater, un piccolo nodo di forma ovalare, costituito da tessuto molliccio, grigio roseo, di aspetto gelatinoso. Dilatazione retrograda delle vie biliari. Non si osservano metastasi.

Ittero da chiusura del coledoco. Cirrosi atrofica del fegato. Ascite. Adipositas cordis. Edema polmonare.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Gentilizio negativo. Inizio della malattia 4 mesi avanti il decesso con tumefazione dell'addome; indi ittero. R. W. negativa. Ricerca del sangue nelle feci, positiva.

Esame radiologico. - Stenosi pilorica da probabile neoplasma gastrico.

Diagnosi clinica. - Neoplasma gastrico.

Intestino crasso

Caso XL. - D. C., anni 66, M., Bologna, cuoco, n. 1959. Nella prima porzione del sigma il lume è stenosato da una massa a superficie mammellonata, molle, grigio-rosea, in parte ulcerata. Nel retto pelvico osservasi un trapianto secondario di massa tumorale avente i medesimi caratteri. Non dilatazione a monte della stenosi.

Cachessia. Ano preternaturale cecale. Miocardite interstiziale cronica. Edema polmonare.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Otto mesi prima del decesso dolori al quadrante inferiore destro, diarrea e deperimento. L'esame radiologico mette in evidenza un difetto di riempimento a carico della porzione mediana del colon discendente per probabile neoplasma.

Intervento. - Ano preternaturale del cieco. R. W. negativa. Diagnosi clinica concordante con l'anatomica.

Caso XLI. - S. F., anni 60, M., Sant'Agata Bolognese, bracciante, n. 1656. Alla flessura epatica del colon una massa rotondeggiante con centro ulcerato, liberamente perforatosi nel cavo peritoneale. Non metastasi.

Peritonite purulenta da perforazione di ulcera neoplastica del colon. Esiti di appendicectomia. Degenerazione grassa del fegato. Nefrosi.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Gentilizio negativo. Due mesi avanti il decesso dolori all'epigastrio, specie dopo i pasti. Zona di Mc. Burney dolente alla pressione; a volte vomito. Operato di appendicectomia quindici giorni prima della morte.

Diagnosi clinica. - Appendicite.

Caso XLII. - S. A., anni 50, M., Bologna, facchino, n. 1815. Il sigma affetto da tumore fu asportato chirurgicamente e non risultano altre notizie se non la diagnosi istologica di adeno-carcinoma. Cachessia. Ano preternaturale al cieco. Esiti di laparotomia laterale S. Bronco-polmonite D.

Tre mesi prima del decesso vomito e dolorabilità alla fossa iliaca D.

Intervento. - Appendicectomia. Poco dopo, dolori ai quadranti addominali inferiori; a volte vomito. Sangue nelle feci. R. W. negativa.

Esame radiologico. - Stenosi del sigma. Un mese avanti il decesso, laparotomia esplorativa. Venti giorni dopo: ano iliaco D. e resezione del sigma con ileo-sigmoidostomia. La diagnosi clinica concorda coll'anatomica, così pure la radiologica.

Caso XLIII. - P. E., anni 68, M., Persiceto, fornaciaio, n. 1908. Nel cieco, a pochi cm dalla valvola, si osserva una grossa massa di forma irregolarmente sferica che occupa gran parte del lume intestinale, parzialmente ulcerato. Metastasi nelle linfoghiandole del mesentere di cui alcune molto voluminose.

Cachessia.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Inizio della sintomatologia cinque mesi avanti il decesso con violenti dolori alla regione ileo-cecale. Astenia e deperimento molto rapido. Diagnosi clinica concordante con l'anatomica.

Caso XLIV. - N. O., anni 65, M., Bologna, rappresentante, n. 1862. Nella mucosa dell'intestino cieco a pochi cm. dalla valvola si impianta una massa di forma irregolare e scavata al centro da un'ulcerazione il cui fondo è ricoperto da detriti necrotici. Tale massa occupa pressochè tutto il lume dell'intestino, determinando stenosi.

Sclerosi delle coronarie. Miocardite callosa. Idrotorace bilaterale. Edema polmonare. Calcolosi biliare.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Gentilizio negativo. Nell'anamnesi remota ricorrono frequentemente affezioni del tubo intestinale a carattere infiammatorio, a localizzazione prevalentemente ciecale. Tre mesi prima del decesso forti dolori addominali. Rapido dimagramento. Positiva la reazione del sangue nelle feci. R. W. negativa. La diagnosi clinica e la radiologica concordano con l'anatomica.

Caso XLV. - G. E., anni 59, F., Monte S. Pietro, contadina, n. 1441. Poco al disopra dell'ampolla rettale, un cingolo duro ad anello completo, della larghezza di circa un dito trasverso, che protrudendo nel lume intestinale riduce fortemente la capacità del sigma sì da permettere appena il passaggio di un dito. Il tratto intestinale a monte della stenosi è alquanto dilatato. Metastasi nel peritoneo.

Peritonite fibrino-purulenta.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Gentilizio e anamnesi remota negativi. Inizio della malattia due mesi prima del decesso con forti dolori al quadrante inferiore sinistro dell'addome, irradiantisi verso la colonna lombare. A volte vomito, intensa stipsi. R. W. negativa. Ricerca del sangue occulto nelle feci, positiva. Negli ultimi giorni febbre elevata. Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.

Retto

Caso XLVI. - C. P., anni 68, M., Bologna, bracciante, n. 1837. Non notizie del pezzo anatomico asportato chirurgicamente, se non la diagnosi *istologica* di adeno-carcinoma.

Esiti di asportazione del retto. Edema polmonare. Degenerazione grassa del fegato. Il giorno prima del decesso resezione del retto per via sacrale. Non altri dati. Diagnosi corrispondenti.

Caso XLVII. - G. E., anni 79, M., Bologna, bracciante, n. 1637. Nella porzione ampollare del retto una fascia rilevata della larghezza di 3-4 cm, ad anello, Tale tessuto appare molto molle, non è ulcerato, nè determina stenosi. Non metastasi.

Cachessia. Bronco-polmonite D. T.b.c. fibrocaseosa dell' apice S. Ipertrofia della prostata. Cistopielite.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma colloide.

Dati clinici. - Azotemia 0,72. La diagnosi clinica concorda coll'anatomica.

Caso XLVIII. - P. F., anni 52. M., Bologna, canapino, n. 1297. Infiltrazione neoplastica anulare del retto nella sua porzione immediatamente sovrampollare, causa di una notevole stenosi inestensibile del lume intestinale.

Ano preternaturale del colon discendente; lacerazione da scoppio del sigma-colon con dieresi del diametro massimo di 4-5 cm. Peritonite acuta.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Gentilizio e anamnesi remota negativi. Due mesi prima della morte difficoltà nella digestione. Alvo stitico, feci sanguinolente. Dopo un mese tumefazione dell'addome. Intervento d'urgenza per occlusione intestinale. La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica.

Caso XLIX. - B. F., anni 78, F., Bologna, casalinga, n. 1660. Nella porzione ampollare del retto una massa poliposa di consistenza molle, parzialmente in preda a sfacelo, stenosante il lume. Non metastasi.

Ano preternaturale al cieco. Peritonite purulenta.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Qualche tempo prima del decesso dolori all'addome ed emissione di feci miste a sangue; quindi, acutamente, segni di occlusione intestinale. Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.

Caso L. - P. A., anni 61, F., Portomaggiore, casalinga, n. 1541. All'intorno dell'orificio anale osservansi piccoli nodi costituiti da tessuto biancastro, duro. frammezzati a cicatrici infiltrate da tessuto del medesimo aspetto.

Cachessia. Pott cervicale. Cicatrice perianale per pregressa asportazione del tumore. Tubercolosi polmonare fibro-ulcerosa e nodulare bilaterale.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma ad epitelio pavimentoso con corneificazioni.

Circa 13 mesi avanti il decesso la malattia si iniziò con prurito alla regione anale; indi comparsa di piccoli noduli all'intorno dell'ano che andarono aumentando fino a raggiungere, uno di essi, la grossezza di una testa di feto. Dolori ed emissione di feci sanguinolente. Otto mesi avanti il decesso, in corrispondenza dell'areola mammaria S. comparsa di un'ulcerazione senza tendenza alla cicatrizzazione; indi progressivo indurimento dell'organo. R. W. positiva.

Intervento. - Exeresi della massa perianale, due mesi circa prima del decesso. La diagnosi clinica corrisponde a quella anatomica. Coesiste un carcinoma primitivo della mammella (vedi n. 77).

Pancreas

Caso LI. - S. A., anni 77, M., Bentivoglio, bracciante, n. 2024. Pancreas molto ingrossato ed in modo uniforme: la superficie di sezione ha un aspetto marmorizzato per l'alternarsi di zone neoplastiche di aspetto splendente, di colorito biancogrigiastro, con altre di tessuto pancreatico normale. I dotti di Wirsung e di Santorini hanno pareti ispessite; compressione del coledoco. Metastasi nelle linfoghiandole peripancreatiche, nel duodeno e nel digiuno sotto forma di numerosissimi noduli sulla mucosa, a centro ulcerato; rari noduli si approfondano sino alla sierosa che non appare macroscopicamente invasa: tali metastasi diminuiscono di numero man mano che ci si allontana dal duodeno per cessare del tutto a metri 2,50 dall'angolo duodeno digiunale.

Cachessia. Ittero da compressione. Stasi biliare intraepatica.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Sembra che i primi disturbi abbiano avuto inizio un anno prima del decesso con senso di peso all'epigastrio. Da tale epoca diminuzione del peso corporeo e perdita progressiva delle forze. Quindici giorni prima del decesso comparsa di tinta itterica della cute, dolori violenti all'epigastrio, vomito.

Diagnosi clinica. - Neoplasma dello stomaco.

Caso LII. - V. E., anni 70, M., Bologna, bracciante, n. 1363. La coda del pancreas appare ingrossata ed infiltrata da un tessuto compatto, duro, di aspetto lucente; aderisce strettamente all'ilo della milza che però non è invasa dal tumore. Metastasi nelle linfoghiandole peripancreatiche, della « porta hepatis », mesenteriche; nella pleura, nel peritoneo, nel fegato.

Cachessia. Ittero (compressione delle vie biliari da ingrossamento dei gangli della « porta hepatis »). Bronco-polmonite ipostatica. Infarti della milza.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Inizio dei sintomi 5 mesi prima della morte con forti dolori all'ipocondrio sinistro; nausea, anoressia. Rapido dimagramento.

Esame radiologico. - Tumore dell'antro pilorico.

Diagnosi clinica. - Carcinoma dello stomaco.

Caso LIII. - V. V., anni 78, M., Molinella, bracciante, n. 2029. Il corpo e la coda del pancreas sono infiltrati da un tessuto di neoformazione di consistenza dura, biancastro, lucente. Qua e là si osservano zone di parenchima normale. Metastasi nell'omento, nel mesentere e peritoneo.

Esiti di laparotomia esplorativa. - Pericardite fibrinosa. Ascite emorragica.

Esame istologico del tumore. - *Adeno-carcinoma.*

Anamnesi famigliare e personale remota negativa. Quattro mesi avanti il decesso dolori ai quadranti inferiori dell'addome, vomito alimentare; progressivo deperimento.

Diagnosi clinica. - Carcinoma dello stomaco.

Caso LIV. - C. V., anni 55, M., muratore, n. 1296. Modica tumefazione del corpo del pancreas in prossimità della testa che aderisce ad un complesso assai voluminoso di linfoghiandole retroperitoneali che circondano l'aorta e la cava.

Cachessia. Trombosi semplice della vena iliaca S. con edema dell'arto inferiore corrispondente. Emoperitoneo. Lacerazione del digiuno in individuo recentemente laparotomizzato.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Gentilizio e anamnesi remota negativi. La malattia ha inizio due mesi prima del decesso in modo improvviso con dolori intensi alla regione epigastrica irradiantisi al dorso. Tali dolori sono venuti progressivamente crescendo; rapido deperimento. La laparotomia esplorativa dimostra la presenza di un tumore retroperitoneale. R. W. negativa.

Diagnosi clinica e radiologica. - Tumore retroperitoneale.

Caso LV. - N. G., anni 65, F. n. 1393. Notevole aumento di volume della testa del pancreas sulla cui superficie si notano rilievi bianchi, lucenti, duri. Sul margine superiore della ghiandola ed intorno alla testa molte linfoghiandole ingrossate, biancastre che come unico complesso raggiungono l'ilo epatico. Metastasi epatiche.

Ittero. Cachessia. Edema polmonare. Idrope-ascite. Stasi biliare intraepatica. Periviscerite adesiva cronica.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Non dati clinici.

Diagnosi clinica. - Tumore retroperitoneale.

Caso LVI. - F. G., anni 86, F., Bologna, casalinga, n. 1771. La testa del pancreas appare ingrossata, di consistenza molto dura per la presenza di un tessuto di neoformazione che la infiltra. Non si osservano metastasi.

Ittero. Stasi biliare intraepatica da stenosi del coledoco. Polmonite franca del lobo inf. S. Rene grinzo arteriosclerotico.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma scirroso.

Anemnesi remota negativa. Inizio della malattia due mesi prima del decesso con inappetenza, astenia generale, dolori alla regione epigastrica. Dopo un mese comparsa di ittero intenso. Rapido dimagramento.

Diagnosi clinica. - Carcinoma epatico.

Caso LVII. - B. G., anni 47, M., Bologna, guardia daziaria, n. 1835. Il corpo del pancreas appare ingrossato ed infiltrato da un tessuto di neoformazione di colorito grigio-giallastro, in più punti emorragico: la testa non appare interessata. Metastasi epatiche, polmonari e ghiandolari.

Cachessia. Pleurite adesiva bilaterale.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Gentilizio e anamnesi remota negativa. Due mesi prima del decesso tumefazione dell'addome con dolore alla regione epatica. Rapido deperimento organico; a volte febbre.

Diagnosi clinica. - Carcinoma epatico.

Caso LVIII. - M. A., anni 64, M., Parma, guardia notturna, n. 1842. La testa del pancreas, aumentata di volume e di consistenza, comprime le ultime vie di deflusso pancreatiche ed il coledoco; in molte zone il parenchima proprio è sostituito da un tessuto di aspetto compatto, bianco-giallastro. Nessuna metastasi.

Ittero da ritenzione. Edema polmonare.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Dati clinici. - Individuo comatoso degente in Ospedale due giorni.

Diagnosi clinica. - Neoplasma del fegato.

Caso LIX. - G. C., anni 76, M., n. 1766. La testa del pancreas è infiltrata da una massa poco voluminosa affondata nel parenchima proprio, con limiti indecisi. Metastasi nelle linfoghiandole regionarie, nel fegato e nel polmone.

Edema agli arti inferiori. Idrope-ascite. Idrotorace bilaterale.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma alveolare.

Non dati clinici.

Diagnosi clinica. - Carcinoma del fegato.

CONSIDERAZIONI SUI TUMORI DEL PANCREAS

Qualche considerazione sui neoplasmi del pancreas da noi osservati, nella percentuale dell'8,65 %, cifra che si avvicina sensibilmente a quella riscontrata nel 1926 (12,3 %). È degno di nota, in primo luogo, la relativa frequenza di questi tumori: le percentuali nostre superano infatti di molto le cifre che ordinariamente vengono date nelle statistiche. Nel materiale di Basilea i tumori del pancreas rappresentano l'1,96 % di tutti i tumori. Nè vale il fatto che nel 1927 vennero da noi osservati solo nella percentuale dell'1,2 %: riunendo il materiale di tre anni si ebbero 18 tumori del pancreas su 268 neoplasie osservate, nella elevata percentuale cioè del 6,69 %.

Nei riguardi del *sesso*, i nostri dati concordano in tutto con quanto è noto dell'esame delle più importanti statistiche: la netta prevalenza di questa affezione nel sesso maschile (77,80 %) su quello femminile (22,20 %).

Per l'*età* i limiti variarono da un minimo di 47 anni ad un massimo di 86; la massima frequenza si ebbe tuttavia nel periodo dal 7° all'8° decennio.

Circa la *sede* il tumore si localizzò alla testa nel 44,40 % dei casi, cifra molto al disotto da quella riportate nelle statistiche di Oser a Vienna e di Heiberg a Copenhaghen da cui la testa appare colpita nella percentuale del 65 %. Seguono ad essa il corpo (33,30 %), la coda e l'intero organo sostituito da tessuto neoplastico (11,10 %).

Il tipo istologico, nel 66,70 % fu quello del carcinoma alveolare, comprendendo in questo gruppo forme variabili per la quantità e lo spessore del tessuto di sostegno, dalle midollari a quelle scirrose; nel 33,30 % si trattava di adenocarcinoma.

In due casi (22,22 %) non si ebbe diffusione metastatica del neoplasma: gli organi maggiormente colpiti furono le linfoghiandole peripancreatiche (66,66 %), il fegato (44,44 %), il peritoneo, l'omento ed i polmoni (22,22 %), la pleura, il duodeno e l'intestino tenue (11,11 %).

Un cenno particolare merita un caso (n. 51). Trattavasi di un uomo di 77 anni i cui primi disturbi risalivano ad un anno circa prima del decesso, ed erano rappresentati da sensazioni vaghe di peso all'epigastrio. Da tale epoca l'individuo era venuto perdendo progressivamente le forze e diminuendo nel peso corporeo. Quindici giorni prima della morte si era stabilita una sindrome acuta con dolori violentissimi all'epigastrio, vomito, ed era comparsa una tinta itterica della cute e delle mucose. All'autopsia si trovò che il pancreas era molto ingrossato in tutte le sue parti ed il tessuto glandolare invaso da gettate di natura sicuramente neoplastica: vi era compressione del coledoco con forte ritenzione biliare. La diffusione metastatica oltre ad aver sede nelle linfoghiandole peripancreatiche che erano assai ingrossate, era evidente nell'intestino dal duodeno sotto l'ampolla di Vater e lungo il digiuno per un tratto di circa m 2,50. Si osservava una vera tempesta di noduli situati nella mucosa che si approfondavano sino alla sierosa senza invaderla, rotondeggianti, di varia grandezza, con diametro però non superiore a 5-6 mm, la maggior parte con centro ulcerato verso il lume intestinale (per dare un'idea dell'infinito numero di noduli che si osservavano nell'intestino, si pensi che nella prima porzione del digiuno in un tratto di 50 cm si osservarono 104 noduli). Essi diminuivano di numero a mano a mano che ci si avvicinava al grosso intestino. L' indagine istologica dimostrò trattarsi di carcinoma alveolare.

L' interesse di tale osservazione risiede sopratutto nella eccezionale rarità del reperto. Kaufmann riporta bensì un caso di metastasi multiple nell'intestino tenue secondarie ad un carcinoma del seno piriforme destro ed analoghe osservazioni sono segnalate da Israel e da Borrmann; ma in tutti questi casi vi era disseminazione meta-

statica in tutti i visceri, sì che, a differenza del nostro caso, si poteva parlare di carcinosi universale.

Quanto al decorso, esso fu, ad eccezione di un caso, straordinariamente rapido: la morte avvenne da due a quattro mesi dal primo inizio dei sintomi. Ciò non concorderebbe del tutto con quanto da alcuni si afferma: decorrere cioè il carcinoma del pancreas in un tempo variabile da sei mesi ad uno-due anni ed in rarissimi casi fino a quattro anni. Valgano per questo le osservazioni da noi fatte a proposito dei tumori dello stomaco.

Fegato

Caso LX. - B. C., anni 70, M., Bologna, meccanico, n. 1967. Notevole epatomegalia e formazione di un grande numero di nodi biancastri emisferici, non ombelicati, molli, che si trovano affondati nel tessuto epatico notevolmente cirrotico, stridente al taglio. Un nodo più voluminoso situato nella superficie convessa del lobo destro, ha preso aderenza coi tessuti molli dell'ipocondrio ed è in gran parte caduto in sfacelo.

Ittero. Enfisema polmonare. Infarto recente nel polmone destro. Splenomegalia.

Esame istologico del tumore. - Cancro-cirrosi.

Un fratello morto di cancro della cavità orale. L'attuale malattia risale a sette mesi prima della morte; si è iniziata con fenomeni di debolezza generale, dolore diffuso all'addome in modo particolare dopo i pasti. In seguito i dolori si accentuarono, comparve anoressia e tumefazione dell'addome. Discreto bevitore. R. W. negativa. Estrazione più volte di liquido ascitico.

Diagnosi clinica. - Cirrosi epatica.

Caso LXI. - S. N., anni 71, M., Bologna, n. 1987. Fegato diminuito di volume assai consistente, cosparso di granulazioni rotondeggianti pressochè eguali. Sulla faccia convessa un grosso nodo molle, variegato, che si affonda nel parenchima d'aspetto cirrotico, senza netta delimitazione. Altri noduli più piccoli si osservano nella faccia inferiore.

Cachessia. Ittero. Ascite emorragica. Polmonite franca sinistra del lobo inferiore.

Esame istologico del tumore. - Cancro-cirrosi.

Non dati clinici.

Diagnosi clinica. - Arterio sclerosi. Nefrite interstiziale.

Cistifellea e vie biliari

Caso LXII. - M. G., anni 72, M., Bologna, n. 1611. Cistifellea di volume pressochè normale con pareti molto ispessite ed infiltrate da tessuto di aspetto lucente che si continua con limiti non ben definiti col tessuto epatico. La mucosa presenta qua e là ulcerazioni. Non si osservano calcoli. Metastasi nel fegato.

Ittero. Ipertrofia della prostata. Cistite purulenta.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma.

Gentilizio negativo. Tre mesi prima della morte comparsa di ittero, quindi diminuzione dell'appetito, perdita progressiva delle forze e del peso. R. W. negativa.

Esame radiologico. - Compressione della regione antrale-pilorica da corpo estraneo.

Diagnosi clinica. - Neoplasma del pancreas.

Caso LXIII. - C. C., anni 76, F., Bologna, casalinga, n. 2011. Fegato aumentato di volume, itterico. Al colletto della cistifellea una massa che riveste l'organo a manicotto, infiltra le pareti e raggiunge la superficie mucosa ostruendo completamente il dotto cistico; l'epatico è invece dilatato e circondato esternamente dalla massa neoplastica. Metastasi nodulari epatiche, polmonari e pancreatiche.

Ittero. Cachessia. Cisti parassitaria del fegato (caput mortum).

Esame istologico del tumore. - Carcinoma dei dotti biliari.

Gentilizio negativo, ostinata stipsi. Sei mesi avanti il decesso, dimagramento progressivo e dolori a sede epigastrica irradiantisi posteriormente. Anoressia. R. W. negativa. L'esame radiologico mette in evidenza un'ulcera gastrica. Sangue nelle feci.

Diagnosi clinica. - Cancro dello stomaco.

Caso LXIV. - D. E., anni 62, F., Bologna, casalinga, n. 1486. In corrispondenza del lobo destro del fegato, sulla superficie convessa un grosso nodo rotondeggiante che, affondato in pieno parenchima circonda una diramazione della vena sovraepatica e, a guisa di cono tronco, circonda anche il tratto della cava inferiore aderente al fegato.

Idropericardio. Ascite. Stasi venosa intraepatica. Calcolosi biliare con ostruzione del cistico e bile bianca.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma cilindro-cellulare.

Tre mesi prima del decesso dolori alla spalla destra che in breve si estesero all'emitorace corrispondente. Indi aumento di volume dell'addome. Dalla pleura D. venne estratto liquido di aspetto sieroso.

Diagnosi clinica. - Miocardite, pleurite destra.

APPARATO GENITALE

Testicolo

Caso LXV. - R. G., anni 37, M., Marzabotto, bracciante, n. 1715. Grosso complesso tumorale peritoneale di consistenza molle; al taglio imponenti fenomeni necrotici. Alcune linfoghiandole ingrossate alle regioni latero-cervicali e nel mediastino anteriore, di consistenza dura con piccoli punti giallastri.

Anemia. Peritonite fibrino-emorragica.

Esame istologico del tumore. - Seminoma.

Gentilizio negativo. Dieci mesi prima del decesso asportazione del testicolo destro ingrossato in cui venne fatta diagnosi di tubercolosi. Pochi mesi dopo dolori violenti all'addome e tumefazione delle ghiandole latero-cervicali. R. W. negativa.

Esame morfologico del sangue. - Spiccato grado di anemia. Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.

Caso LXVI. - V. G., anni 33, M., Savigno, muratore, n. 1755. Metastasi polmonari sotto forma di grossi nodi di aspetto emorragico, nel fegato, nella milza e nelle linfoghiandole sopraclaveari di S., secondarie a tumore del testicolo S. (asportato chirurgicamente).

Cachessia.

Esame istologico del tumore. - Seminoma.

Gentilizio negativo. Circa due anni prima del decesso, operato di asportazione

del testicolo per un tumore di piccole dimensioni diagnosticato sarcoma. Qualche mese prima della morte, deperimento, sputi emorragici. R. W. negativa.

Esame radiologico. - Evidenti ombre polmonari giudicate come metastasi di tumore. Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.

Utero

Caso LXVII. - G. C., anni 79, F., Bologna, casalinga, n. 1462. Vasta distruzione che occupa intieramente la portio; il tessuto neoplastico propagandosi al canale cervicale stenosa l'orificio interno, occupa i parametri, infiltra la vescica e la vagina. Fra questi due organi si è stabilita un'ampia comunicazione. Piometra consecutiva a chiusura neoplastica del canale cervicale.

Cachessia. Aderenze pleuriche. Atrofia bruna del cuore. Rene atrofico senile.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma ad epitelio pavimentoso.

Mancano dati clinici. Le diagnosi clinica ed anatomica si corrispondono.

Caso LXVIII. - C. P., anni 50, F., Teramo, casalinga, n. 1727. Dell'utero è bene riconoscibile soltanto il fondo in quanto il collo e gran parte del corpo sono trasformati in una massa di sfacelo bianco-grigiastro, di aspetto poltiglioso. Non si osservano metastasi.

Cachessia. Edema polmonare.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma ad epitelio pavimentoso.

Non dati clinici. Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.

Caso LXIX. - T. E., anni 67, F., Poggio Renatico, casalinga, n. 1439. Vasta ulcerazione della portio che raggiunge i fornici vaginali determinando una perforazione del setto vagino-rettale.

Cachessia. Edema dell'arto inferiore D. da trombosi semplice della vena iliaca interna corrisp. Edema polmonare. Cistite icorosa. Fistola vagino-rettale.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma pavimentoso corneificante.

Da qualche anno dolori al quadrante inferiore D. dell'addome; non altri dati. La diagnosi clinica concorda con l'anatomica.

Caso LXX. - C. E., anni 65, F., Persiceto, casalinga, n. 1931. Nel collo dell'utero una vasta ulcerazione che invade parzialmente il corpo, ricoperta da tessuti necrotici e comunicante ampiamente con la vescica. Non metastasi.

Cachessia. Periepatite fibrosa.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma pavimentoso corneificante.

Negli ultimi tre anni dolori alle parti inferiori dell'addome e perdite purulente dalla vagina. Diagnosi clinica concordante con l'anatomica.

Caso LXXI. - F. M., anni 31, F., n. 1831. Utero notevolmente ingrossato, a pareti ispessite e occupato da un tumore a larga base, poliposo, costituito in parte da masse biancastre di aspetto vescicolare e da altre di colorito rosso bruno. Tagliando l'utero si vede che tutte le pareti sono infiltrate ma in modo particolare quella posteriore in cui si è formata una breccia chiusa da coaguli ematici. Metastasi nel polmone bilateralmente e nella vagina al disotto dell'epitelio.

Emoperitoneo da rottura dell'utero. Anemia acuta consecutiva.

Esame istologico del tumore. - Corionepitelioma maligno dell'utero.

Donna presentatasi ad un ambulatorio per perdite emorragiche; sindrome di emorragia interna e morte in poche ore.

Diagnosi clinica. - Anemia acuta.

Ovaia

Caso LXXII. - C. M., anni 61, F., Argnano, casalinga, n. 1996. Ovaia sinistra molto ingrossata, aderente al peritoneo parietale, con superficie esterna liscia: la struttura dell'organo non è più riconoscibile in quanto esso è sostituito da un tessuto di neoformazione giallastro, generalmente compatto, con qualche stria emorragica e alcuni punti di necrosi. Metastasi nel peritoneo, nell'omento, nel fegato.

Cachessia. Peritonite sierofibrinosa. Polipo dell'utero. Struma colloide.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma (in alcune zone papillifero).

Gentilizio e anamnesi remota negativi. Inizio della malattia dieci mesi avanti la morte con dolori all'ipocondrio destro, senso di peso dopo i pasti. Progressiva astenia e deperimento. Esame radiologico negativo per affezioni del tubo digerente.

Esame delle feci. - Ricerca del sangue occulto negativa.

Diagnosi clinica. - Neoplasma del fegato.

Mammella

Caso LXXIII. - U. M., anni 45, F., Minerbio, sarta, n. 1850. Alla regione mammaria destra una cicatrice lineare infiltrata da piccoli noduli, che si estende fino al cavo ascellare. Metastasi nelle pleure, nel fegato, nei reni, nelle ovaie.

Cachessia. Pleurite siero fibrinosa D.

Ssame istologico del tumore. - Carcinoma scirroso.

Mancano dati clinici.

Diagnosi clinica. - Tubercolosi polmonare.

Caso LXXIV. - R. C., anni 56, F., Imola, casalinga, n. 1917. Mammella D. assai consistente con cute aderente ed ulcerata; il capezzolo è parzialmente retratto. Al taglio si osserva che la ghiandola mammaria è sostituita da un tessuto d'infiltrazione duro, di colorito bianco splendente. Diffusione alla mammella S., metastasi nelle linfoghiandole dell'ilo polmonare e nella pleura D.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma scirroso.

Mancano dati clinici. La diagnosi clinica concorda coll'anatomica.

Caso LXXV. - B. A., anni 64, F., Bologna, casalinga, n. 1534. La mammella S. affetta da tumore è stata asportata chirurgicamente. Riproduzione in loco del neoplasma sotto forma di piccoli nodi sulla cicatrice. Metastasi nelle linfoghiandole dell'ilo polmonare, nel polmone a tipo linfangitico, nel fegato, pleura e mesentere.

Esiti di amputazione del seno S. Broncopolmonite D. Colelitiasi. Cistite purulenta e pielonefrite S.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma scirroso.

Tre anni prima del decesso, comparsa di un noduletto nella mammella S.; applicazione di raggi X. In seguito a progressivo aumento della massa tumorale tre mesi prima del decesso venne eseguita asportazione della mammella e svuotamento del cavo ascellare corrispondente. Deperimento organico. Modica febbre. Disturbi della minzione. Dolorabilità all' ipogastrio, anuria. R. W. negativa. L'esame radiologico mette in evidenza ombre ilari ipertrofiche e spiccata struttura broncovasale. Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.

Caso LXXVI. - G. P., anni 61, F., Bologna, casalinga, n. 1892. Non è possibile dare la descrizione macroscopica del tumore mammario che fu asportato chirurgicamente.

Incisione recente alla regione mammaria S., esiti di amputazione della mammella. Fenomeni degenerativi degli organi parenchimali specialmente del cuore, fegato e rene. Emorragie sottosierose multiple.

Esame istologico del tumore. - Adeno-carcinoma (dati fornitici dal laboratorio Ospedale Maggiore).

Intervento. - Tre giorni prima del decesso amputazione del seno S. con svuotamento ascellare. La diagnosi clinica corrisponde a quella anatomica.

Caso LXXVII. - P. A., anni 61, F., Portomaggiore, casalinga, n. 1541. Nella mammella S. si osserva un grosso nodo a larga base d'impianto, duro, di colorito giallastro con piccole zone emorragiche. Cute sovrastante mobile, capezzolo non retratto. Metastasi nelle linfoghiandole inguinali di sinistra.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma scirroso.

Coesiste un carcinoma primitivo dell'ano. (Vedi n. 50).

ALTRI APPARATI

Cute

Caso LXXVIII. - C. R., anni 44, F., Poggio Renatico, operaia, n. 2026. In corrispondenza dell'angolo mandibolare S. una soluzione di continuo di forma rotondeggiante, della larghezza di un centimetro, coperta da granulazioni rosee (biopsia recente). All'emisfero cerebrale sinistro un grosso nodo di colorito nerofumo, di forma rotondeggiante, che occupa la parte posteriore della circonvoluzione parietale superiore. In sezione il nodo s'approfonda nella sostanza bianca sottocorticale senza comunicare col ventricolo. Altro nodo tumorale in corrispondenza di T^2 al terzo posteriore e di T^1 con diffusione verso l'insula. All'emisfero D. un nodo nel quarto sup. di F. A. ed un secondo al piede della F^2. Un altro nodo avente il volume di un chicco di mais occupa il polo posteriore del nucleo dentato cerebellare S. Evidente ectasia dell'acquedotto di Silvio.

Pleurite fibroplastica D. Bronco-polmonite ipostatica S. Piaghe de decubito alla regione sacrale.

Esame istologico del tumore. - Melanoblastoma.

Gentilizio e anamnesi remota negativi. L'inizio della malattia risale a tre mesi avanti la morte; l'inferma fu colpita da deliquio mentre era al lavoro, rimettendosi prontamente. Un mese dopo comparvero cefalea alla regione fronto-parietale S. continua, con periodi di esacerbamento, rumori e vertigini. Non fenomeni di deficit motorio, diminuzione invece del visus, modica diplopia; a volte andatura barcollante. In seguito comparve vomito, da prima alimentare e poi senza rapporto coi pasti. Negli ultimi 15 giorni di vita, comparsa di cefalea intensa, rigidità della nuca, sopore quasi continuo; qualche accesso convulsivo.

Esame del liquor. - Albumina 1 $^0/_{00}$. R. W. negativa.

Diagnosi clinica. - Concordante coll'anatomica.

Caso LXXIX. - V. L., anni 63, M., Bologna, bracciante, n. 1545. Dalla commessura labiale sinistra s'inizia una vasta e profonda ulcerazione che occupa tutta la guancia. Infiltrazione delle linfoghiandole sottomandibolari, in parte ulcerate, Bronco-polmonite ipostatica bilaterale.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma ad epitelio piatto corneificante.

Gentilizio negatico. Cinque mesi avanti il decesso comparsa di una piccola ulcerazione alla guancia S. con secreto siero ematico; poco dopo tumefazione della regione latero cervicale corrispondente; indi estensione dell'ulcerazione in superficie e profondità. Dimagramento. Forte bevitore. Fumatore e masticatore di tabacco. Cura con iniezioni locali di rosso congo. R. W. negativa. La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica.

Occhio

Caso LXXX. - R. E., anni 49, M., Bologna, sacerdote, n. 1424. Fegato enormemente aumentato di volume, del peso di gr. 8000, tempestato di noduli biancastri molli, alcuni di aspetto emorragico.

Scoliosi toracica. Aderenze pleuriche bilaterali. Edema polmonare. Ascite. Enucleazione in O. S.

Esame istologico del tumore (eseguito sulle metastasi epatiche). - Melanoblastoma.

Gentilizio negativo. Un anno avanti il decesso era stato enucleato l'occhio sinistro affetto da tumore. Dopo sette mesi dolori all'ipocondrio D. con rapida tumefazione dell'addome. Progressivo decadimento delle forze. R. W. negativa. La diagnosi clinica e quella anatomica si corrispondono.

Fosse nasali

Caso LXXXI. - M. E., anni 66, M., Persiceto, bracciante, n. 2017. La mucosa delle fosse nasali è ricoperta da essudato, in parte ulcerata. Un tessuto friabile, poliposo, a grappolo infiltra l'antro di Higmoro. L'osso mascellare destro è fragile, come legno tarlato. La proliferazione neoplastica invade l'etmoide i cui seni sono infiltrati diffusamente e si espande sulla faccia esterna della dura madre: erosioni a fovea del tavolato interno del frontale in cui sono annidati piccoli rilievi nodosi rosei e posteriormente fin quasi al temporale. Metastasi ghiandolari alla regione carotidea di D.

Leptomeningite purulenta. Edema polmonare.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma.

Gentilizio negativo. Inizio della malattia due anni avanti il decesso con tumefazione dolorosa della regione parotidea D. Cura Röntgen con parziale regressione delle masse. Dopo un anno e mezzo, comparsa di dolori all'occhio D. e nella zona d'irradiazione del trigemino con sindrome di Bernard-Hörner. Quindi emiatrofia progressiva della guancia destra. Modico deperimento. Rinite purulenta. Meningite. La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica.

Timo

Caso LXXXII. - Z. M., anni 26, F., Medicina, casalinga, n. 1863. Lo spazio mediastinico anteriore è occupato da una larga e spessa massa di tessuto biancastro che avvolge in toto il foglietto esterno del pericardio ed è intimamente aderente a questo: il massimo spessore si osserva anteriormente (5 cm.). Al taglio si presenta costituita da un tessuto compatto, bianco lucente, che circonda formazioni lobulari meno dense ed un po' rilevate, leggermente giallastre. Nella faccia interna del foglietto pericardico parietale si osservano pochi noduletti appena rilevati circondati da strie rosse. Compressione della trachea e dell'esofago.

Tubercolosi polmonare apicale bilaterale e laringea. Osteomielite tubercolare.

Esame istologico del tumore. - Linfosarcoma.

Nel gentilizio risulta la presenza di consanguinei affetti da tubercolosi. In passato: pleurite bilaterale, osteomielite del braccio S. Un mese e mezzo prima del decesso difficoltà di deglutizione e dispnea intensa.

Diagnosi clinica. - Tubercolosi polmonare e laringea.

Trachea

Caso LXXXIII. - G. G., anni 58, M., Bologna, muratore, n. 1873. Sulla parete anteriore della trachea, 10 cm. in basso dalle corde vocali si osserva un rilievo polipoide, irregolare, esteso in superficie per 6-7 cm. discretamente compatto,

roseo, che si continua in basso fino alla biforcazione bronchiale. Su di un taglio del canale tracheale, si vede che la massa proliferante invade la trachea stabilendo una specie di continuità fra gli anelli cartilaginei, parzialmente distrutti, e si diffonde alle linfoglandole dell'ilo polmonare e del mediastino che sono grosse, adese, ma non fuse tra di loro e tali da costituire una grossa, unica massa irregolare. Non altre metastasi.

Edema polmonare.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma ad epitelio pavimentoso senza corneificazioni.

Gentilizio e anamnesi remota negativi. Circa tre anni e mezzo avanti il decesso comparsa di una piccola tumefazione alla regione sopraclaveare D. la quale crebbe facendosi pulsante, fino a determinare disturbi della respirazione. L'individuo fu trattato con raggi Röntgen, ma non ebbe giovamento, anzi la difficoltà respiratoria andò aumentando, comparve tosse e dispnea intensa.

Diagnosi clinica. - Aneurisma dell'aorta.

Pleura

Caso LXXXIV. - C. M., anni 20, M., Bologna, carrozzaio, n. 1907. Sulla pleura parietale d'ambo le parti grande numero di rilievi sessili del diametro di mezzo centimetro, o poco più, formanti piccoli gruppi; nella cavità sono contenuti circa 1500 cc. di liquido giallastro. Metastasi nelle linfoghiandole ilari, mediastiniche, cervicali, meseraiche, epatiche.

Cachessia. Atelettasia polmonare.

Esame istologico del tumore. - Endotelioma della pleura.

Gentilizio negativo. Cinque mesi avanti il decesso comparsa di due tumefazioni delle ghiandole alla regione ascellare D.; quindi a sinistra. Röntgenterapia con miglioramento temporaneo. Due mesi prima del decesso attacchi intensi di dispnea e ricomparsa della tumefazione alle ghiandole ascellari. Negli ultimi due mesi febbre e versamento pleurico a destra a tipo pseudochiloso.

Diagnosi clinica. - Linfogranuloma.

Peritoneo

Caso LXXXV. - M. B., anni 58, F., Bologna, casalinga, n. 1629. La sierosa peritoneale appare ricoperta di una grande quantità di rilievi bianco-splendenti, oppure giallicci o marmorizzati, discretamente consistenti. Mesentere retratto e diffusamente infiltrato. Molti noduli sulla superficie sierosa del fegato e della milza.

Edema polmonare.

Esame istologico del tumore. - Endotelioma.

Gentilizio e anamnesi negativi. Due mesi avanti il decesso tensione all'addome, che andava aumentando di volume, anoressia. Dimagramento. Paracentesi addominale: Rivalta positiva, grosse placche di elementi neoplastici. Röntgenterapia. R. W. negativa. La diagnosi clinica corrisponde a quella anatomica.

Rene

Caso LXXXVI. - A. I., anni 66, M., Calcara, n. 1333. Il rene sinistro è stato asportato chirurgicamente. In un laboratorio micrografico è stata posta *diagnosi istologica* di ipernefroma. Non metastasi. Pleurite fibrosa bilaterale. Degenerazione grassa del cuore. Edema polmonare acuto. Esiti di asportazione recente del rene sinistro. Quattro mesi prima del decesso dolori all'ipocondrio sinistro. Non disturbi della minzione. L'esame radiologico dimostra il rene sinistro ingrossato, di forma irregolare. Azotemia: 0,77 $^{0}/_{00}$. Diagnosi clinica concordante coll'anatomica.

Caso LXXXVII. - M. D., anni 3, F., Crevalcore, n. 1741. Del pezzo asportato chirurgicamente non risultano dati. Nel rene S., al polo superiore, sporgono due noduli della grandezza di una piccola noce di consistenza molle, di colorito biancastro.

Esiti di nefrectomia D. Miocardite parenchimatosa. Degenerazione grassa del fegato.

Esame istologico del tumore. - Adenosarcoma.

Gentilizio negativo. Due mesi avanti il decesso aumento di volume dell'addome, in modo notevolissimo. L'esame radiologico mette in evidenza che le anse del digiuno-ileo appaiono spinte in basso da una massa (palpabile) situata nell'ipocondrio D.

Diagnosi clinica. - Tumore delle ghiandole retroperitoneali.

Caso LXXXVIII. - V. P., anni 66, M., S. Pietro in Casale, pensionato, n. 1659. Non notizie sul pezzo anatomico che fu asportato chirurgicamente. Ci viene favorita la *diagnosi istologica* che è di ipernefroma.

Rammollimenti multipli della protuberanza. Esiti di nefrectomia S. Bronco-polmonite ipostatica. Cirrosi del fegato. Papillomi della vescica.

Gentilizio negativo. Da due anni iscuria. Tre mesi prima del decesso ematurie ripetute; dolori al fianco S. Azotemia 0,77 $^0/_{00}$. C. Ambard: 9,11.

Esame radiologico. - Rene in sede normale aumentato di volume, con calici allungati.

Intervento. - Nefrectomia per ipernefroma un mese prima del decesso. Diagnosi clinica e anatomica corrispondenti.

Vescica

Caso LXXXIX. - D. A., anni 44, M., Castel di Casio, falegname, n. 1857. La vescica è trasformata in una irregolare cavità entro la quale prolifera una massa molliccia, di aspetto villoso. Le pareti sono infiltrate diffusamente: si è formata una fistola esterna, sovrapubica ed un'altra vescico-sigmoidea. Abbastanza diffusa la infiltrazione neoplastica retto-sigmoidea. Infiltrazione neoplastica dei muscoli.

Cachessia. Pielonefrite bilaterale (ascendente).

Esame istologico del tumore. - Carcinoma papillifero.

Gentilizio negativo. Un anno prima del decesso cominciarono disturbi a carico della vescica. Cistotomia, resezione di massa tumorale ed infissione di 8 aghi di radium da 2 mg ciascuno lasciati in sito per 4 giorni: miglioramento. Circa un mese e mezzo dopo, ricomparsa di una tumefazione grossa come una mela all'ipogastrio. La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica.

Caso XC. - G. A., anni 58, F., Bologna, domestica, n. 587. Vescica aumentata di volume: al trigono un rilievo pianeggiante che infiltra le pareti e stenosa gli sbocchi ureterali, specia il D. Diffusione neoplastica all'utero.

Pionefrosi destra con perinefrite purulenta. Idronefrosi S. Cistite difterica.

Esame istologico del tumore. - Carcinoma ed epitelio pavimentoso non corneificante.

Anamnesi personale negativa. Un mese prima del decesso anoressia, dolori addominali specie ipogastrici con poliuria e pollachiuria. Emissione di urine torbide alcaline, non ematiche.

Esame cistoscopico. - Cancro della vescica. Diagnosi clinica concordante coll'anatomica.

Cervello

Caso XCI. - T. C., anni 44, F., Ozzano, casalinga, n. 1906. Grossa tumefazione che occupa il polo occipitale di S. ed in gran parte il lobulo cuneiforme producendo un irregolare rilievo nel corno occipitale del ventricolo laterale corrispondente; corpo calloso e setto lucido spostati verso destra. Una massa nodulare, apparentemente indipendente dal neoplasma principale, ha sede nel centro semiovale di S. Sulla superficie di sezione il tumore ha un colorito giallastro con qualche chiazza emorragica, limitata. Appiattimento delle circonvoluzioni.
A sinistra, nella regione dei grossi nuclei della base, vi è una zona di rammollimento che occupa gran parte del n. caudato.

Esame istologico del tumore. - Glioma ricco di cellule.
Gentilizio e anamnesi personale negativi. Sei mesi avanti il decesso, in inizio di gravidanza, qualche vomito, lipotimie e cefalea che, due mesi dopo, si sono fatti continui ed intensi. Miglioramento dopo il parto provocato, poi ricomparsa di cefalea intensa. Improvvisamente caduta in coma un giorno prima della morte. Esame del fondo dell'occhio negativo. R. W. negativa. La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica.

Caso XCII. - O. S., anni 47, M., contadino, n. 1889. In corrispondenza dell'emisfero sinistro, alla regione rolandica, una tumefazione in forma di una bozza molle, quasi fluttuante. La corteccia che la ricopre in ogni punto non sembra alterata. Al taglio si vede che il tumore forma una specie di grossa cavità a contenuto giallastro, che occupa il centro semiovale, con chiazze emorragiche ed un infiltramento che raggiunge la testa del nucleo caudato, la capsula interna e la porzione più laterale del putamen.

Esame istologico del tumore. - Glioma ricco di cellule.
Gentilizio negativo. Quattro mesi avanti il decesso fu colpito da malore, residuandone diminuzione delle forze agli arti della metà destra; cinque giorni dopo fu ripreso da malore con perdita della coscienza e convulsioni alla metà destra del corpo. Afasia.

Esame radiologico. - Aumento della pressione endocranica.
Un mese prima della morte, cefalea intensa, vomito, papilla da stasi, aumento di pressione del liquor. La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica; così pure la radiologica.

Caso XCIII. - V. C., anni 66, M., Cento, commesso, n. 1415. Nel lobo occipitale destro una larga zona emorragica di colorito variegato, dal bruno al giallastro, delimitata da un tessuto più resistente ed elastico della sostanza cerebrale, con la quale esso si continua senza netta demarcazione.
Bronco-polmonite bilaterale. Ipertrofia della prostata. Cistopielite purulenta.

Esame istologico del tumore. - Glioma ricco di cellule.
Gentilizio e anamnesi remota negativa. Circa 15 giorni prima del decesso perdita improvvisa della motilità della metà sinistra del corpo. Coma. R. W. negativa.

Diagnosi clinica. - Emiplegia sinistra.

Ossa

Caso XCIV. - B. C., anni 51, M., Castel di Casio, contadino, n. 1821. Resezione del femore per un processo neoplastico all'epifisi superiore. Il pezzo resecato consiste in numerosi frammenti d'osso e in un tessuto molliccio scuro il quale scava la testa femorale e la riduce ad un guscio sottile, friabile, contenente molti coaguli ematici.

Nel muscolo retto dell'addome di destra, nei masseteri, nel tricipite, psoas, nel cuore un modico numero di corpicciattoli calcarei, con probabilità parassiti calcificati (trichine?).

Esame istologico del tumore. - Osteosarcoma.

Anamnesi familiare negativa. Tre anni fa dolori all'anca destra e modica zoppia. Nel novembre 1927 frattura spontanea del femore che si ripetè nel gennaio 1928.

Intervento. - Resezione metaepifisaria del femore D. La diagnosi clinica e quella radiologica concordano coll'anatomica.

Caso XCV. - C. A., anni 20, M., Bologna, tappezziere, n. 1891. A carico della calotta cranica si osserva un grande numero di metastasi che formano rilievi emisferici sul frontale e sui parietali alla faccia interna ed esterna. Numerose metastasi nella pleura, peritoneo, polmone, milza, fegato, rene, di colore variegato, spesso con brattee ossee. Amputato al terzo inferiore della coscia destra.

Cachessia. Atrofia bruna del cuore.

Esame istologico del tumore. - Osteosarcoma.

Padre morto per neoplasma intestinale. Sette mesi prima del decesso amputazione dell'arto inferiore D. per sarcoma del femore (di genesi post-traumatica?). Poco tempo dopo, comparsa di dolori dorsali ed al capo. Rapido dimagramento. Radiologicamente si diagnosticano le metastasi polmonari ed ossee. Diagnosi clinica e radiologica corrispondente all'anatomica.

Caso XCVI. - M. A., anni 46, M., Calderara di Reno, bracciante, n. 1887. Nella fossa iliaca destra una grossa bozza retroperitoneale, di variabile consistenza, costituita da nodi compatti, confluenti, in parte necrotici; molte brattee ossee. L'articolazione coxo-femorale è aperta con distruzione parziale degli estremi articolari. Metastasi nel miocardio, polmone, pleura S. e linfoghiandole peribronchiali.

Cachessia. Edema dell'arto inferiore D. Pleurite sierofibrinosa S.

Esame istologico del tumore. - Osteosarcoma.

Gentilizio negativo. Sei mesi avanti il decesso s'iniziano dolori alla regione dell'anca D. propagantisi all'arto; impedimento della deambulazione.

Esame radiologico. - Processo distruttivo a carico del sacro e dell'osso iliaco D., a livello dell'artic. sacro-iliaca.

Secondo esame radiologico. - Sarcoma osteogenetico dell'ileo con infiltrazione delle ultime vertebre L. e del sacro. Le diagnosi clinica, radiologica ed anatomica si corrispondono.

Tessuto linfopoietico

Caso XCVII. - C. R., anni 76, M., Bologna, pensionato, n. 2018. Alla regione parotidea una grossa massa che raggiunge la base del collo, di consistenza elastica, liscia, a superficie giallo-lucente, omogenea. Completa indipendenza dalla parotide. Nella testa del pancreas una massa che comprime il coledoco.

Cachessia. Colasco da rottura della cistifellea. Ateromasia aortica.

Esame istologico del tumore. - Sarcoma rotondo cellulare.

Gentilizio e anamnesi remota negativi. Circa un anno avanti il decesso, comparsa di un piccolo nodo alla regione latero-cervicale S., scomparso in seguito ad irradiazioni Röntgen. Tre mesi avanti il decesso ricomparsa del tumore alla stessa regione e di un altro più in basso: tre applicazioni di Raggi X con miglioramento temporaneo. Rapido decadimento. Negli ultimi giorni, dolori addominali, ittero intenso, coma. La diagnosi clinica corrisponde a quella anatomica.

Caso XCVIII. - C. A., anni 40, M., Molinella, impiegato, n. 2021. Alla regione latero-cervicale sinistra una tumefazione costituita da più elementi fusi fra di loro, non aderenti alla cute, ricchi di succo, di colorito variegato con vaste zone di necrosi. Tumefazione delle ghiandole mediastiniche e di quelle lombo-aortiche che giungono fino al piccolo bacino. Metastasi epatiche e polmonari.

Cachessia. Trombosi parietale della vena cava e della vena emulgente sinistra.

Esame istologico del tumore. - Sarcoma a cellule rotonde.

Gentilizio e anamnesi negativi. Cinque mesi avanti il decesso, violenti dolori all'ipocondrio S. irradiantesi al torace. Modica febbre. Vomito alimentare. Dopo pochi giorni comparsa di una tumefazione delle ghiandole latero-cervicali di S. con sindrome di Bernard-Hörner e di una grossa massa all'ipocondrio S. Trattamento röntgenterapico: diminuzione di volume delle masse; dimagramento. R. W. negativa. Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.

Caso XCIX. - C. A., anni 47, M., Bologna, orefice, n. 1718. Notevole tumefazione delle ghiandole linfatiche del gruppo mediastinico che involge per un certo tratto l'arco dell'aorta e si diffonde al pericardio circondando quasi completamente la vena cava inferiore; gran parte della massa è in preda a sfacelo.

Atelettasia da compressione del polmone S. Modico idrotorace bilaterale. Fegato da stasi.

Esame istologico del tumore. - Sarcoma a cellule rotonde.

Gentilizio negativo. Due anni circa prima del decesso dolorabilità diffusa al torace, con febbre ed ingrossamento del collo accompagnato da gonfiore del volto. In questo periodo sovente febbre alternata con periodi di benessere; disturbi della deglutizione, senso di costrizione, edemi agli arti inferiori. Applicazione di raggi ultravioletti e Raggi X (non è indicata quale dose) per sei giorni consecutivi, con notevole miglioramento che si mantiene fino a sei mesi dal decesso, epoca in cui ricompare la sintomatologia descritta, con tosse intensa. 2ª applicazione di Raggi Röntgen gornaliere (non indicata la dose). Deperimento.

Diagnosi clinica. - Linfogranuloma.

Caso C. - S. C., anni 19, M., Bologna, pasticciere, n. 1860. Notevole tumefazione delle linfoghiandole cervicali, ascellari, inguinali in forma di rilievi non ombelicati. Le ghiandole, aderenti ma non fuse fra di loro, hanno al taglio una superficie lucente, chiazzata di aree emorragiche. Nel fegato qualche nodulo biancastro non ombelicato; tumefazione dell'anello linfatico di Waldeyer, ulcerazioni tonsillari.

Cachessia. Ipoplasia aortica. Tubercolosi delle ghiandole linfatiche dell'ilo polmonare S.

Esame istologico del tumore. - Linfosarcoma.

Gentilizio negativo. Note di rachitismo nell' infanzia. L' inizio della malattia risale a 10 mesi prima della morte con la comparsa di una tumefazione della grossezza di una nocciola nella fossa sopraclaveare S.; quindi astenia profonda, cefalea, tosse; successivamente tumefazioni latero-cervicali, bilateralmente, con disfagia e difficoltà di respiro; comparsa di tumefazioni alle ascelle; denutrizione ingravescente. Modiche elevazioni febbrili. Röntgenterapia. R. W. negativa. La diagnosi clinica corrisponde a quella anatomica.

Caso CI. - V. R., anni 27, M., Bologna, muratore, n. 1982. Tumefazione del mediastino con formazione di un vasto tumore che assume aderenze colla faccia posteriore dello sterno e colle costole e si infiltra a costituire grossi sepimenti lungo il foglietto esterno del pericardio, raggiungendo il diaframma e diffondendosi all'esterno della gabbia toracica, ai muscoli pettorali, bilateralmente. Diffusione neoplastica alle linfoghiandole perigastriche, peripancreatiche, mesenteriche, inguinali. Invasione renale bilaterale.

Pericardite fibrosa adesiva. Idrotorace sinistro con atelettasia polmonare. Edema polmonare. Ascite chilosa.

Esame istologico del tumore. - Linfosarcoma.

Gentilizio e anamnesi remota negativi. La malattia ha inizio 4 mesi avanti il decesso con dolori all'emitorace S., affanno di respiro, tosse, a volte febbre. Giudicata tale affezione come pleurite venne estratto mezzo litro di liquido emorragico. Le condizioni si aggravarono notevolmente per il progressivo decadimento delle forze e la comparsa di tumefazioni ghiandolari alle regioni latero-cervicali, sopraclaveari ed inguinali. Rapido deperimento.

Esame radiologico. - Si rileva una massa mediastinica.

R. W. negativa.

Esame morfologico di sangue. - Intensa leucocitosi neutrofila. La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica.

CASO CII. - M. L., anni 75, M., Argenta, fornaciaio, n. 1761. Il lobo superiore e quello medio del polmone destro sono trasformati in una massa dura grigiastra con zone emorragiche ed altre in sfacelo. Il fegato, notevolmente aumentato di volume, con grossi nodi neoplastici, comprime lo stomaco accollandone le pareti. Nella testa del pancreas un nodo biancastro molle.

Cachessia. Miocardite interstiziale cronica. Idronefrosi S.

Esame istologico del tumore. - Sarcoma a cellule polimorfe.

Due fratelli morti di affezione epatica. Circa 15 mesi avanti il decesso, dolori all'ipocondrio destro e comparsa regionaria di una grossa tumefazione. Sette mesi dopo, laparotomia esplorativa. Anoressia, cachessia.

Diagnosi clinica. - Neoplasma gastrico.

CASO CIII. - V. E., anni 65, F., Bologna, casalinga, n. 1942. Stomaco saldamente fissato alla milza ed al lobo sinistro del fegato: diffusa infiltrazione delle pareti da una massa di consistenza encefaloide che fa corpo con le linfoghiandole della piccola curva e del mesentere. Nella regione della grande curvatura, la massa raggiunge la superficie endogastrica. Adesione gastro-splenica: la milza con la sua faccia mediale costituisce il fondo di una vasta ulcerazione. Emorragia endogastrica, di modica intensità, per arrosione.

Cachessia. Edema degli arti inferiori. Peritonite purulenta.

Esame istologico del tumore. - Linfosarcoma.

Gentilizio e anamnesi remota negativi. Sei mesi prima del decesso qualche dolore all'ipocondrio S.; due mesi dopo anoressia e dimagramento rapido. Negli ultimi giorni vomito, emissione di grande quantità di sangue con le feci. R. W. negativa. Assenza di acido cloridrico libero nel contenuto gastrico.

Esame del sangue. - 3.260.000 g. r., 57 Hb.

Esame radiologico. - Sulla grande curvatura un'impronta data da massa extragastrica che si stampa sullo stomaco.

Diagnosi clinica. - Cancro dello stomaco.

CASO CIV. - T. I., anni 40, F., Bologna, sarta, n. 1002. In corrispondenza delle regioni latero-cervicali, alla base della lingua, ma specialmente fra le pagine del mesentere ed al di sopra del pancreas si osservano grosse linfoghiandole molli, biancastre, ricche di succo lattiginoso, talvolta emorragiche. Nodi di aspetto neoplastico nel fegato e nei reni, in quest'ultima sede a contorno sfumato. Nel cuore un grosso nodo in pieno spessore del ventricolo sinistro.

Splenomegalia con coni anemici. Midollo osseo splenoide. Edema polmonare. Fibromiomi dell'utero.

Esame istologico del tumore. - Linfosarcoma.

Madre e quattro fratelli morti di tubercolosi polmonare. Un anno prima del decesso, inizio della malattia con dimagramento accompagnato da notevole grado di anemia. Tali condizioni sono venute aggravandosi negli ultimi mesi: 2.237.000 g. r. 35 Hb. con molti globuli rossi nucleati. Indi comparsa di tumefazioni nelle ghiandole della regione latero-cervicale destra, intenso affanno di respiro e aumento di volume dell'addome.

Diagnosi clinica. - Anemia perniciosa progressiva.

SARCOMI

Gli otto casi di sarcomi da noi osservati apparvero in sette casi evolvere dalle ghiandole linfatiche, in uno soltanto dal connettivo retroperitoneale dell'addome. Quest'ultima forma non riveste dal punto di vista macroscopico alcun particolare interesse; anche dal lato istologico la diagnosi della forma sarcomatosa non poteva lasciare adito ad alcun dubbio. Nelle forme sarcomatose originate dalle ghiandole linfatiche abbiamo creduto opportuno distinguere nettamente fra di loro un gruppo di sarcomi a cellule rotonde che, per la loro tessitura istologica, permettevano abbastanza facilmente di riportarli a quelle forme schematiche che, anche in altri apparati, permettono con facilità la diagnosi di forma sarcomatosa.

In tutti tre questi casi la partecipazione del sistema linfatico non fu mai monoregionale, per quanto il riprodursi in quantità assai discreta dei noduli sarcomatosi non permetta di parlare in alcun caso di un'affezione a tipo sistemico. Risalendo alla storia clinica di questi malati, se in qualche caso fu lecito supporre la origine in una sede e quindi la diffusione nelle altre, non emersero tuttavia elementi sufficientemente sicuri per stabilire in modo assoluto la primitività in questa o in quella pleiade ghiandolare. Le altre quattro forme osservate sono linfosarcomatosi, e ci riportiamo nella definizione di questa forma, ai concetti espressi da Kundrat, lasciando con ciò del tutto impregiudicata la questione, che anche recentemente è stata agitata (Aresu e Scalabrino), se convenga conservare a queste forme il concetto di una affezione neoplastica o se non sia più consono ritenerle delle linfoadenosi. In tutte questi casi la diffusione sistemica fu largamente rappresentata essendo partecipi del processo le ghiandole delle grandi cavità splancniche, del collo, inguinali, ecc., ed avendosi anche nella piena compagine dei parenchimi, specialmente del fegato e dei reni, la presenza di tumefazioni biancastre, rilevate e che nell'intima struttura riproducevano lo stesso disegno che si osservava nelle ghiandole linfatiche. Soltanto in un caso la localizzazione era pressochè esclusivamente addominale, ma partecipavano ad essa le ghiandole delle varie regioni della cavità peritoneale stessa.

La diagnosi clinica corrispose esattamente all'anatomica in cinque casi; in due casi fu fatta diagnosi di carcinoma dello stomaco. In una di queste due forme l'errore diagnostico si può facilmente comprendere, in quanto essendo avvenuta un'adesione del tessuto proliferante

collo stomaco fino a raggiungere la cavità, ne risultava un difetto di riempimento che venne scambiato dal radiologo con quelli tipici del carcinoma gastrico. A rendere anche più ardua la diagnosi vi era il reperto di laboratorio il quale metteva in evidenza la costante presenza di sangue nelle feci. In un altro caso fu fatta diagnosi di linfogranuloma.

In tre casi fu tentata una Röntgenterapia del processo neoplastico. Per l'interesse che può aver l'argomento riportiamo quanto risulta dalle cartelle cliniche.

In un caso (n. XCVII, C. R.) di sarcoma a cellule rotonde, la prima manifestazione fu l'insorgere di una tumefazione latero-cervicale un anno prima del decesso. Furono praticate 7 irradiazioni nello spazio di dodici giorni, senza che la tecnica sia specificata, e si ottenne la scomparsa del tumore, che si mantenne per circa nove mesi; quindi la tumefazione si riprodusse non soltanto nella sede prima affetta, ma con partecipazione delle ghiandole regionarie e lontane. Fu iniziato allora un ciclo di irradiazioni, lasciato poi in sospeso per il rapido aggravarsi delle condizioni generali dell'ammalato. Dei 4 campi fissati (2 ant., 2 post., al collo), 3 soli si poterono irradiare: i due anteriori con una dose eritema per campo (in due sedute), uno posteriore parzialmente (quindi poco più di metà della dose totale prestabilita) nelle condizioni tecniche seguenti:

Intensità 2 mA; scint. equival. 36 cm; dist. foc. 30 cm; filtro 0,5 Zn + 3 Al.

Dopo quindici giorni il paziente venne a morte.

In un secondo caso (n. XCVIII, C. A.) di sarcoma a cellule rotonde, iniziatosi con tumefazione delle linfo-ghiandole retroperitoneali, durante un ciclo di irradiazioni, che portarono alla scomparsa delle masse neoformate, essendosi riprodotto il tumore a carico delle linfoghiandole della regione clavicolare sinistra fu irradiata anche questa regione. La tecnica usata fu la seguente:

Addome: 4 campi anteriori (addominali) e 4 posteriori (lombari); limitatori 10 × 15 o 8 × 8 (secondo i campi); intensità 2 mA; scint. equival. 36 cm; filtro 0,5 Zn + 3 Al; una dose eritema su ogni campo, divisa in due sedute.

Collo: un campo clavicolare sinistro; dist. foc. 30 cm; intensità 2 mA; scint. equival. 36 cm; filtro 0,5 Zn + 3 Al; una dose eritema.

Momentaneo miglioramento; morte in coma dopo dodici giorni.

Il terzo caso (n. C, S. C.), una linfosarcomatosi secondo Kundrat, tre mesi prima del decesso venne trattato con Röntgenterapia secondo la tecnica seguente:

8 campi, di cui 4 al torace (2 anteriori e 2 posteriori), 2 al collo e 2 agli inguini; limit. 10 × 15; dist. foc. 30 cm; intensità 2 mA; scint. equival. 36 cm; filtro 0,5 Zn + 3 Al; una dose eritema per ogni campo, divisa in due sedute.

Miglioramento della sintomatologia locale; progressivo deperimento,

TUMORI BENIGNI

Riportiamo due casi di tumori a struttura istologica benigna che per la loro sede speciale (midollo) furono causa di morte nei portatori.

Caso I. - P. T., anni 75. F., Treviso, cucitrice, n. 1452. Sulla faccia anteriore del midollo spinale dal lato sinistro, all'altezza del 1° segmento dorsale, si osserva una massa di forma ovoidale che si estende per oltre due cm. in basso, con massimo diametro longitudinale di mm. 22 e trasversale di mm. 13. Tale nodulo di consistenza abbastanza dura presenta una superficie di sezione di colorito biancoroseo, lucente. Sollevando la pia madre che lo ricopre si rileva che il nodulo non prende aderenza col tessuto nervoso ma solo determina, per la compressione su di esso, un forte infossamento. Riesce pertanto facile enuclearlo, mentre è impossibile distaccarlo dalle meningi per la diretta continuità con esse.

Esame istologico. - Fibro-endotelioma psammomatoso.

Miocardite interstiziale cronica. Edema polmonare. Cisti dermoide dell'ovaia S. Compressione del midollo spinale all'altezza del 1°-2° segmento dorsale.

Malattia iniziatasi sette mesi prima del decesso con debolezza degli arti inferiori, prima a sinistra indi a destra, che andò progressivamente aumentando fino alla paraplegia quasi completa, con alterazione grave della sensibilità in tutte le sue forme. Dolori spontanei vivissimi agli arti inferiori. L'esame del liquor non fa rilevare la caratteristica sindrome da compressione, mentre l'esame radiografico, dopo iniezione di lipiodol, conferma la diagnosi di tumore. Pochi giorni prima del decesso alterazione di funzione degli sfinteri. Diagnosi clinica e radiologica concordanti coll'anatomica.

Caso II. - B. F., anni 46, Crevalcore, n. 1672. All'altezza dal 4° fino al 6° segmento cervicale nella faccia anteriore del midollo, prevalentemente a sinistra, si osserva una massa di forma irregolarmente ovoidale, il cui diametro maggiore, diretto longitudinalmente, raggiunge i 28 mm, ed il diametro trasverso i 18 mm. La superficie esterna del nodulo è liscia; al taglio si presenta diversamente se lo si esamina al centro, ove è molle, di aspetto spugnoso, di colorito rossastro, o alla periferia, ove è costituito da tessuto compatto. Il nodo riposa sulla pia meninge senza contrarre aderenze con essa: il polo superiore appare unito a due bandellette nastriformi, probabilmente radici nervose.

Esame istologico. - Neurofibroma.

Compressione del 4°-6° segmento cervicale del midollo. Pachimeningite cerebrale esterna adesiva. Bronco-polmonite destra.

Malattia iniziatasi quattro anni prima del decesso con diminuzione delle forze dell'arto superiore S. e rigidità di quello inferiore dello stesso lato. Un anno dopo i medesimi sintomi si presentarono dall'altro lato; in seguito, tremori di tutti e quattro gli arti. Disfonia. Progressivo aumento dei sintomi fino a paraplegia quasi completa e sensibilità abolita dai capezzoli in giù. Liquor spinale caratteristico da blocco completo. Prova del lipiodol positiva per il tumore (arresto a livello della IV cervicale). Diagnosi clinica e radiologica corrispondenti all'anatomica.

ERRORI DIAGNOSTICI

Il riscontro anatomico permette di stabilire per ogni singolo caso e con molta precisione se il concetto diagnostico clinico s'accordi o meno con le risultanze dell'autopsia; in tema di tumori offre quindi il grande vantaggio di mostrare la percentuale di « errori diagnostici » che si possono commettere nello studio clinico dei processi morbosi.

È quindi di un indubbio interesse porre a raffronto la diagnosi clinica e quella anatomo-patologica per vedere quale sia la percentuale degli errori, per quali organi od apparati ciò accada più frequentemente e, fino ad un certo punto, per cercare le ragioni che condussero alla erronea interpretazione dei fatti.

Sulla scorta della tabella n. 3, in cui i vari casi di tumore maligno sono ordinati secondo criterii topografici o con riferimento ai varii tessuti, accenneremo alle concordanze o alle discordanze fra diagnosi clinica e diagnosi anatomo-patologica.

Lingua. – Due casi, vi è piena corrispondenza di diagnosi.

Esofago. – Un caso, non diagnosticato clinicamente. L' individuo era affetto da una forma di dermatomiosite che fu riconosciuta e che coesisteva al tumore.

Stomaco. – In 27 casi su 34, e cioè nella percentuale del 79,41 vi è piena corrispondenza fra la diagnosi clinica e quella anatomo-patologica. Si noti soltanto che in questa cifra sono compresi 2 casi in cui la diagnosi clinica era quella di carcinoma del fegato.

Questo criterio di non considerare come errori diagnostici i casi in cui era stata giustamente diagnosticata la diffusione metastatica al fegato, è seguito in molte statistiche demografiche in cui si parla anche di cancro gastro-epatico.

In due casi era giusta la diagnosi di natura del processo ma errata la sede in quanto fu diagnosticato un tumore del retto. Errore diagnostico di cui ci si può rendere ragione tenendo conto delle voluminose metastasi che, specialmente in un caso, comprimevano l'ultima sezione dell'intestino.

Nella percentuale del 14,70 vi era discordanza di diagnosi (5 casi). La percentuale di errori diagnostici, per ciò che riguarda il neoplasma gastrico, è quindi piuttosto bassa e non si allontana di molto dalle cifre riscontrate gli anni scorsi.

In due casi su tutte le necroscopie eseguite vi fu errore per eccesso: in uno si trattava di ulcera callosa, istologicamente controllata; nell'altro non esisteva alcuna traccia di affezione dello stomaco nè alcun altro tumore.

Duodeno. – I due casi riguardano rispettivamente un cancro della ampolla di Vater e un sarcoma sviluppatosi dalle tonache esterne che per il volume assunto determinava una stenosi del lume con gastro-

ectasia. In entrambi i casi fu fatta diagnosi di neoplasma dello stomaco; nel secondo caso era stata eseguita gastro-enterostomia con scarso successo quoad vitam.

Intestino crasso. – Su 6 casi osservati, la diagnosi era esatta in 5 (83,3 %). In uno invece, l'individuo, ritenuto un appendicitico cronico, fu sottoposto ad ectomia dell'appendice e morì in seguito ad un processo infiammatorio da perforazione libera del carcinoma ulcerato.

Retto. – Piena corrispondenza in tutti i casi fra diagnosi clinica e diagnosi anatomica.

Pancreas. – Su 9 osservazioni, in due casi fu diagnosticato un tumore retroperitoneale; in tre, dello stomaco; in quattro, del fegato. La diagnosi di natura del processo fu posta sempre.

Fegato. – In un caso venne posta diagnosi di cirrosi epatica mentre si trattava di una tipica forma di cancro-cirrosi; nell'altro la presenza del tumore non fu sospettata.

Cistifellea e vie biliari. – In due casi la diagnosi clinica risultò esatta per la generica presenza di neoplasma, ma non fu localizzato il processo (cancro dello stomaco, cancro del pancreas); nella terza osservazione il tumore non fu diagnosticato.

Testicolo. – In entrambi i casi le diagnosi si corrispondono. Il tumore era stato asportato rispettivamente 10 mesi e 2 anni avanti l'evento metastatico che condusse a morte l'individuo.

Utero. – La diagnosi clinica corrispose sempre all'anatomica.

Ovaia. – Nell'unico caso osservato, furono diagnosticate le metastasi epatiche, non la sede primitiva.

Mammella. – In quattro casi vi è corrispondenza fra la diagnosi clinica e quella anatomica. In un caso in cui l'operazione era stata eseguita molto tempo avanti si era avuta una diffusione alla pleura con versamento nella cavità sierosa: questo fu diagnosticato di natura tubercolare, onde la diagnosi di tubercolosi polmonare che fu data al processo.

Cute. – Due casi: concordanza nelle diagnosi.

Occhio. – Un caso. Le diagnosi si corrispondevano.

Fosse nasali. – Un caso: corrispondenza di diagnosi.

Timo. – Un caso: fu fatta diagnosi clinica di tubercolosi polmonare e laringea.

Trachea. – Un caso: diagnosi di aneurisma dell'aorta.

Pleura. – Nel caso osservato fu posta diagnosi di linfogranuloma.

Peritoneo. – Un caso: diagnosi corrispondenti.

Rene. – In due casi corrisponde pienamente la diagnosi di natura e di sede; in un altro fu posta diagnosi di tumore retroperitoneale.

Vescica. – Due casi: diagnosi esatta.

Cervello. – Tre casi: in due vi è corrispondenza fra la diagnosi clinica e quella anatomica: nell'altro la denominazione del processo fu fatta dal sintoma (emiplegia), e non si sospettò il tumore.

Ossa. – Tre casi: piena corrispondenza fra diagnosi clinica ed anatomica.

Apparato linfopoietico. – In cinque casi la diagnosi clinica corrispose pienamente all'anatomica. In due fu posta quella di tumore dello stomaco; si trattava invece una volta di una grande deformità della grande curvatura dovuta a complessi ghiandolari extragastrici, nell'altra osservazione fu sospettato un tumore dello stomaco specialmente per le grandi metastasi al fegato. In un altro infine fu diagnosticato un linfogranuloma.

Riassumendo, risulta che nel 66,34 % vi è piena corrispondenza, di natura e di sede, fra la diagnosi clinica e quella anatomo-patologica.

Nella percentuale del 18,27 fu diagnosticato un processo neoplastico, la cui primitività non fu riferita esattamente all'organo od al tessuto affetto.

Se si considera che anche in questa seconda categoria di casi la diagnosi generica di processo neoplastico è esatta e non si voglia quindi, sulla scorta del pensiero di altri Autori, interpretarli come errori diagnostici, si può dire che la diagnosi clinica di tumore maligno fu confermata al tavolo di sezione nella percentuale dell'84,61.

Gli errori diagnostici si riducono quindi al 15,39 %, una cifra che non si allontana sensibilmente da quella dello scorso anno e ch'è di gran lunga inferiore a quelle riportate in altre statistiche.

RIASSUNTO

Gli Autori hanno compiuto uno studio sui tumori maligni che furono osservati nell'anno 1928 nell'Istituto di Anatomia Patologica della Università di Bologna, allo scopo di portare un contributo al problema statistico del cancro. Su di un materiale che comprende oltre 770 sezioni è risultato che il numero di individui morti in seguito a blastomi maligni figura, come cifra componente, del 13.29%.

Dei tumori osservati suddivi per sede, sono brevemente riferiti i dati morfologici macroscopici, le metastasi, le complicanze, la struttura istologica. Sono inoltre riportati i dati anamnestici e clinici più importanti che si riferiscono a ciascun caso, tenendo conto in modo particolare del probabile periodo di insorgenza del tumore, dei sintomi subbiettivi principali, dei sussidii diagnostici di laboratorio e radiologici, e dei tentativi più moderni di cura eseguiti, quali le applicazioni röntgenterapiche.

Per alcuni gruppi di tumori ad es. dello stomaco, del pancreas, dell'apparato linfopoietico, il numero elevato di osservazioni ha consentito un commento che illustrasse alcune caratteristiche del processo.

Un breve capitolo è stato dedicato allo studio degli « errori diagnostici », e dal confronto fra diagnosi clinica ed anatomo-patologica è risultato che le discordanze si riducono al 15.39%, una cifra assai bassa di errori sia in modo assoluto sia in raffronto alle percentuali che figurano in altre statistiche.

RÉSUMÉ

Les Auteurs ont fait une étude sur les tumeurs malignes qui ont été observées à l'Institut d'Anatomie Pathologique de l'Université de Bologne dans l'année 1928. Leur but, en cela, a été d'apporter leur contribution à la solution du problème statistique du cancer. Le résultat obtenu est que sur un matériel qui comprend plus que 770 autopsies, le nombre des individus morts par suite de blastomes malins est représenté par le chiffre proportionnel de 13.29 °/₀.

Les donnée morphologiques, macroscopiques, les métastases, les complications, la structure histologique des tumeurs observées et subdivisées par siège, sont brièvement relatées. De plus les Auteurs ont indiqué les données anamnestiques et cliniques les plus importantes qui se rapportent à chaque cas, tenant spécialement compte de la période probable de manifestation de la tumeur, des principaux simptômes subjectifs, des données du laboratoire et radiologiques et des traitements plus modernes qui ont été entrepris, tels que les applications röntgenthérapeutiques.

Pour quelques groupes de tumeurs, par ex. celles de l'estomac, du pancréas, de l'appareil lymphopoétique, le chiffre élevé des observations a permis des considérations de nature à illustrer quelques caractéristiques de l'affection.

Un court chapitre a été consacré à l'étude des " erreurs diagnostiques „ et le résultat de la comparaison entre la diagnose clinique et anatomo-pathologique a été la réduction des discordances à 15,39 °/₀.

Ce chiffre est très bas, soit d'une manière absolue, soit par rapport au pourcentage qui figure dans d'autres statistiques.

ZUSAMMENFASSUNG

Statistische Studien der Autoren über den Perzentsatz an malignen Tumoren, welche am Pathol. Anat. Institut in Bologna zur Beobachtung gekommen sind. Zwerck der Arbeit ist es, einen Beitrag zum statistischem Problem des Krebses zu liefern. Aus einen Material, welches über 770 Sektionen umfasst resultiert die Zahl der an malignen Geschwülsten Verstorbenen mit einer Ziffer von 13,29 °/₀.

Die Tumoren sind nach ihrem Sitz eingeteilt. von den einzelnen Fällen werden kurz die mikroskopischen und makroskopischen Daten angegeben, die eventuellen Metastasen, Komplikationen sowie der histologische Bau besprochen. Ausserdem werden jeweils die wichtigsten anamnestischen und klinischen Daten mitgeteilt, wobei dem mutmasslichen Zeitpunkt des Krankheitsbeginnes besondere Beachtung geschenkt wird: es werden ferner die ersten subjektiven Anzeichen der Krankheit, die verwendeten diagnostischen Hilfsmittel, Laboratoriumsuntersuchungen und Röntgenuntersuchungen erörtert und auch die modernen Behandlungsmethoden wie z. B. die Röntgentherapie erwähnt.

Bei einigen Gruppen von Tumorenermöglicht die hohe Zahl der Beobachtungen – so bei den Tumoren des Magens, des Pankreas und des Lymphgefässystems – einen Kommentar, welcher charakteristische Einzelheiten der Kranheitsprozesses beleuchtet.

Ein kurzes Kapitel ist den diagnostischen Irrtümern gewidmet; aus der Gegenüberstellung der klinischen und der pathologisch-anatomischen Diagnosen geht hervor, dass die Diskrepanz zwischen beiden auf 15,39 °/₀, also auf einen äusserst geringen Satz klinischer Fehldiagnosen zusammenschmilzt. Diese Ziffer ist sehr klein sowohl absolut betrachtet als auch im Vergleich zu den perzentuellen Ziffen, welche in anderen Statistiken gebracht werden.

SUMMARY

The AA. have made a study on the malign tumors observed in the anatomopathological Institute of Bologna in the year 1928, with the view of bringing a contribution to the statistical problem of cancer. Over 770 sections it results that

the deads for tumors were 13,29 °/₀. Of the observed tumors, divided for seat, the morphological and macroscopical elements, the metastases, the complications, the histological structure are shortly referred. The most important anamnestical and clinical elements are reported besides, taking in particular consideration the probable arising of the tumor, the principal subjectiv symptoms, the laboratory and radiological means, the up to date treatment attempts, such as the röntgentherapy. For some groups of tumor f. ex. of the stomach, pancreas, hemolymphopoietic apparate, the large number of observations has granted a comment illustrating some features of the process. A brief chapter has been dedicated to the study of the diagnostical errors, and from the comparison between the clinical and anatomopathological diagnosis, came forth that the disagreement will be reduced to 15,39 °/₀, a very low percentage of errors, either obsolutely, or in comparison with the percentage in other statistics.

Estratto da *Rivista di radiologia e fisica medica.* Vol. II, fasc. II.

RIVISTA DI RADIOLOGIA E FISICA MEDICA

NOTIZIE REDAZIONALI

La " Rivista „ pubblica contributi nei campi della Röntgenologia, Curieterapia, Elettrologia, Fisioterapia ed in genere di tutte le applicazioni delle Scienze Fisiche alle Scienze Biologiche e Cliniche.

Gli articoli saranno di regola pubblicati in Italiano: sono tuttavia ammesse alla stampa, a scelta degli AA., anche la lingua francese, tedesca ed inglese. Ogni articolo dovrà essere accompagnato da un **brevissimo** riassunto (da compilarsi dagli AA.) che sarà tradotto nelle altre lingue a cura della Redazione.

Di regola non si pubblicano lavori già comparsi in altri periodici. L'eccezione può concernere soltanto articoli di particolare interesse, attinenti a due o più campi diversi della Medicina o della Fisica, ovvero articoli di AA. stranieri.

Le note preventive, contenenti reali innovazioni, avranno la precedenza nella pubblicazione. Ad eccezione di ciò, il turno di pubblicazione sarà normalmente regolato secondo la data di presentazione dei manoscritti: saranno fatti turni diversi secondo la diversa indole degli articoli.

Per quanto riguarda il lavoro redazionale (invio di lavori, libri, corrispondenza, ecc.) indirizzare al *Direttore della " Rivista „* ***Prof. Gian Giuseppe Palmieri,*** o al *Segretario di Redazione,* ***Prof. Pietro Mainoldi, Policlinico S. Orsola - Bologna.***

NOTIZIE EDITORIALI

La " Rivista „ esce in volumi di non meno di 600 pagine ciascuno, ripartite in 6 fascicoli, i quali usciranno senza data fissa. In media sarà pubblicato un fascicolo almeno per ogni bimestre.

È desiderabile che gli originali siano dattilografati, senza pentimenti: essi dovranno inoltre portare esatta indicazione del posto destinato alle singole figure, che verranno dagli AA. contrassegnate, nel *verso* dei *clichés*, con le diciture " *alto* „ e " *basso* „.

Perchè la riproduzione delle figure riesca perfetta, occorre inviare originali ineccepibili. Non saranno accettati *clichés* inviati dagli AA. ove non siano tecnicamente perfetti.

Le spese per la riproduzione di figure, per tavole a parte, ecc. saranno a carico degli AA.

Gli AA. riceveranno 25 estratti gratuiti; se abbonati, ne riceveranno 40. Per un numero maggiore di copie, saranno a carico degli AA. le pure spese di stampa.

La proprietà dei lavori pubblicati sulla Rivista è riservata.

Il prezzo di abbonamento al volume è di L. 80.— per l'Italia e Colonie, L. 100.— per l'Estero.

Per quanto riguarda l'Amministrazione ed il lavoro editoriale, rivolgersi all'*Editore* ***L. Cappelli, Via Farini, 6 - Bologna.***

Il fatto di essere abbonato alla Rivista importa elezioni di domicilio in Bologna presso la Casa Editrice. L'abbonamento si intende rinnovato per l'anno successivo se non è disdetto entro il mese di dicembre. La semplice reiezione di fascicoli del presente periodico non viene ritenuta quale disdetta. Il pagamento è anticipato per la intera annata. I fascicoli non pervenuti, ove non siano richiesti entro 60 giorni dalla pubblicazione loro, non saranno rinviati agli abbonati se non contro regolare pagamento.

Per esigenze tecniche di stampa della Rivista, i signori Collaboratori sono pregati di inviare gli originali delle figure, anzichè i relativi clichés.

I signori collaboratori godranno di una tariffa inferiore a quella normalmente praticata nelle varie zincografie.